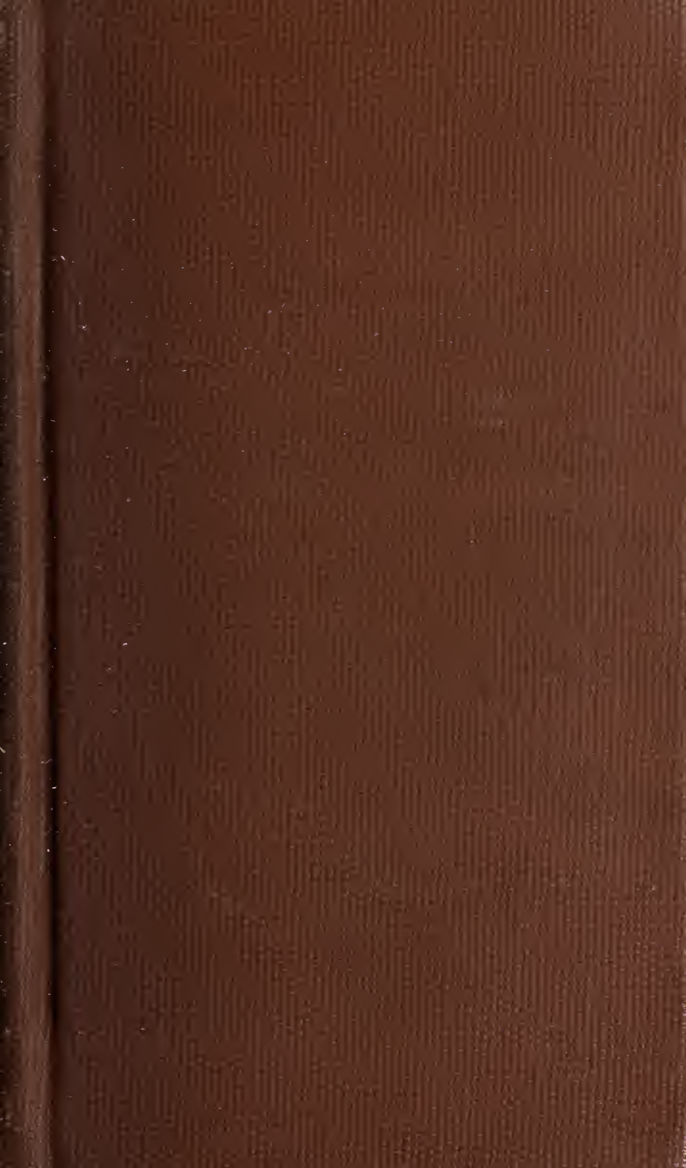



THE LIBRARY OF CONGRESS
1800

MANUEL

DE CLINIQUE.

[illegible]

[illegible] Gintrac 1er [illegible] 1826.

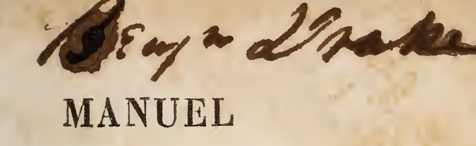
OUVRAGES DU MÊME AUTEUR,

Qui se trouvent chez les mêmes Libraires.

Recherches sur l'Inflammation de l'Arachnoïde cérébrale et spinale, etc.; précédées du Rapport fait à l'Institut sur cet ouvrage, par MM. Portal, Pelletan, Hallé et Duméril. Paris, 1821. Un fort volume in-8°. . . . . 7 fr. 50 c.

Mémoire sur l'Emploi de l'huile de térébenthine dans la sciatique et quelques autres névralgies. Paris, 1823. In-8°. . . . . 2 fr.

Mémoire sur l'Inflammation des nerfs. Paris, 1824. In-8°. . . . . 1 fr. 50 c.



MANUEL
DE CLINIQUE,

OU

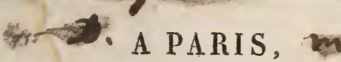
DES MÉTHODES D'EXPLORATION EN MÉDECINE,

ET DES SIGNES DIAGNOSTIQUES DES MALADIES;

CONTENANT UN PRÉCIS

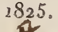
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PAR L. MARTINET.

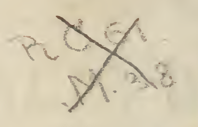


A PARIS,
CHEZ GABON ET Cie., LIBRAIRES,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;
ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES, GRAND'RUE.

1825.



BENJAMIN DRAKE.





AVANT-PROPOS.

Dans la première Partie de cet ouvrage destiné à faciliter l'étude de l'observation, nous nous sommes attaché à faire connaître les améliorations apportées dans ces derniers temps à l'investigation des maladies des organes des trois cavités splanchniques. Dans la seconde Partie nous avons réuni dans un cadre étroit ce qu'il est nécessaire de savoir pour distinguer les diverses maladies les unes des autres, et pour décrire avec exactitude les altérations organiques qu'elles entraînent à leur suite.

Nous avons cru, dans l'exposition de la Pathologie, devoir préférer aux classifications physiologiques un ordre purement anatomique, beaucoup plus généralement pratique, et plus utile au lit du malade.

Dans la description de quelques maladies, et entre autres des fièvres, l'état actuel de la science ne nous permettant pas de donner les caractères diagnostiques de ces affections, nous nous sommes contenté d'en rapporter les principaux symptômes, d'après les auteurs les plus recommandables. Quant à leur anatomie pathologique, nous avons été obligé de la passer sous silence, les opinions étant encore

trop partagées pour qu'on puisse prendre une décision à cet égard.

Nous avons consulté avec avantage, pour ce qui a rapport à la séméiologie et à la pathologie générale, les excellens ouvrages de MM. Landré-Beauvais, Double et Chomel; mais c'est particulièrement aux travaux de MM. Laënnec, Broussais, Bertin, Cayol, Lallemand, Parent-Duchâtelet, Rostan, Deslandes, Serres et Andral, que nous avons eu recours pour tracer le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies des organes de la tête, de la poitrine et du ventre.

Nous avons emprunté à M. le professeur Récamier sa classification des constitutions et sa mé-

thode d'examiner les malades ; souvent aussi nous avons puisé dans ses leçons si profondes et si éminemment pratiques, des considérations dont nous lui rapportons tout le mérite.

Enfin nous devons également témoigner notre reconnaissance à M. Deslandes, déjà si avantageusement connu, pour les bons conseils dont il a bien voulu nous aider dans plusieurs parties de ce travail.

MANUEL DE CLINIQUE.

PREMIÈRE PARTIE.

EXPOSITION DES DIVERSES MÉTHODES D'OBSERVATION EN MÉDECINE.

1. C'est de l'observation seule que la Médecine, qui n'est qu'une science de faits, a tiré toute sa splendeur; c'est d'elle encore qu'elle attend ses progrès. Le médecin lui doit ses connaissances les plus exactes: pour lui, elle constitue la base du diagnostic, du pronostic et du traitement. L'observation est la garantie la plus solide du perfectionnement de l'art, comme elle est le guide le plus sûr de celui qui l'exerce;

aussi doit-il constamment s'appliquer à son étude, sans laquelle il ne peut espérer de véritables succès.

2. Les méthodes d'observation rendues de plus en plus rigoureuses par la perfection des moyens d'investigation, sont devenues, depuis vingt ans, et particulièrement depuis ces dernières années, une des causes les plus actives des progrès de l'art. L'anatomie pathologique avait placé la Médecine, considérée sous le rapport des altérations de nos organes, au niveau des sciences descriptives; l'auscultation médiate vient de la mettre au rang des sciences physiques, pour ce qui regarde la symptômatologie. La découverte de M. Laënnec a constitué la certitude médicale, comme les travaux des J. L. Petit, des Desault, etc., avaient établi la certitude chirurgicale. Et si le cathéter introduit dans la vessie nous donne la conscience physique de la présence d'un corps étranger dans cette cavité, la pectoriloquie n'est pas une preuve moins évidente de l'existence d'une excavation contre

nature dans la portion de poumon où elle se fait entendre.

3. Cependant, malgré les services éminens rendus à la science par les ouvrages publiés dans ces derniers temps sur les principales parties de la médecine pratique, et spécialement sur les maladies du cerveau et de ses enveloppes, sur celles de la poitrine et du tube digestif; malgré ces immenses progrès, auxquels ont tant contribué les savantes recherches de MM. Laënnec et Broussais et les leçons orales de M. le Professeur Récamier, nous ne pouvons nous dissimuler que beaucoup de points restent plongés dans l'obscurité, et que plusieurs questions de premier ordre sont encore indécises. La doctrine des fièvres, entre autres, réclame de l'observation de nouvelles lumières; elle attend, de la précision et de l'exactitude des faits particuliers, les moyens nécessaires pour déchirer le dernier voile dont ces maladies sont encore couvertes; et les bons esprits, occupés pendant ce temps à interroger la nature et à lui arra-

cher quelques-uns de ses secrets, suspendent leur jugement jusqu'à ce qu'ils soient suffisamment éclairés pour prononcer. Si donc c'est à l'observation qu'il appartient de lever de semblables difficultés, voyons quelles sont les qualités que l'on doit exiger de celui qui veut se livrer à cet art difficile.

DE L'OBSERVATEUR.

4. Outre la parfaite connaissance des langues anciennes, base commune de toute bonne éducation, celui qui veut observer avec fruit doit encore posséder des notions exactes sur les sciences accessoires, telles que la physique et la chimie, dont il peut souvent faire d'heureuses et utiles applications. Les sciences médicales proprement dites qui doivent lui être familières, sont la physiologie et l'anatomie, mais surtout l'anatomie des tissus et des viscères à l'état sain, connaissance trop négligée jusqu'ici, et qui ne commence à

fixer les regards que depuis que la pathologie des organes est elle-même mieux étudiée. La matière médicale, l'hygiène, la pathologie générale, la chirurgie, la nosographie et l'anatomie pathologique lui sont également indispensables. En effet, comment pourrait-il, sans le secours de cette dernière science, donner une description exacte et détaillée des diverses dégénérescences survenues dans les organes, s'il ne connaissait d'avance les modes variés d'altération dont ils sont susceptibles, et les caractères anatomiques qui les distinguent les uns des autres. Mais ce ne sont point encore là les seules connaissances qu'il faudrait exiger de celui qui veut observer ; il devrait avoir fait une étude approfondie de la pathologie, sans laquelle il ne peut exister de véritable observateur ; et cependant l'on vient observer pour apprendre la pathologie : aussi est-ce afin de parer à un semblable inconvénient que nous ferons connaître, dans la seconde partie de cet ouvrage, les caractères diagnostiques des

maladies, ce qui placera nécessairement l'observateur dans les conditions les plus favorables pour ce genre de travail.

5. Personne ne peut nier que pour tracer avec quelque perfection une observation exacte et complète, il ne faille être profondément versé dans la science des maladies. En effet, quelle est la première condition pour arriver à ce but? N'est-ce pas de voir et de bien voir les divers phénomènes par lesquels ces affections sont exprimées? mais, pour les voir, il faut des sens exercés; il faut une aptitude impossible à trouver dans celui qui interroge un malade pour la première fois; il faut avoir appris dès long-temps à lire dans le livre de la nature. Il s'agit beaucoup moins, dans une observation, d'énumérer des symptômes confusément réunis sans ordre comme sans liaison, et tels que le hasard les a fait apercevoir, que de les rapprocher avec talent et sagacité, d'après les rapports qu'ils peuvent avoir entre eux : c'est ainsi qu'on peut les rallier à un centre commun,

au trouble d'un organe ou d'une fonction, dont ils sont les effets, et s'élever ensuite à la connaissance de la nature et du siège de l'affection qu'ils représentent.

Quel sera donc l'embarras de celui qui n'a point encore approché le lit du malade ! Comment pourra-t-il apprécier les différences infinies qu'offrent les maladies ? Comment son œil novice distinguera-t-il l'épiphénomène accidentel, des signes diagnostiques ; les effets sympathiques, des symptômes directs ; et les phénomènes insignifians, de ceux qui doivent fournir la base des indications ? S'il ne peut saisir toutes ces nuances, comment pourra-t-il, à plus forte raison, retirer quelque fruit des faits qu'il recueillera ; et comment ses observations elles-mêmes deviendront-elles jamais un tableau fidèle et exact des maladies observées ? Cependant ce ne peut être que par sa parfaite ressemblance avec la nature, qu'une histoire particulière peut devenir utile à celui qui l'écrit, comme profitable à la science qui doit un jour

s'en servir. Les faits exacts forment les jugemens sains ; ils établissent la science exacte. Les faits inexacts faussent le jugement de l'observateur et n'enfantent que l'erreur : aussi ont-ils toujours été l'écueil le plus redoutable pour la science.

6. Si la position de celui qui aborde l'étude de l'observation avec des connaissances insuffisantes est telle que nous venons de le démontrer, combien ne doit pas être périlleuse celle de l'observateur qui ne possède que des connaissances fausses et inexactes! Au lieu d'écrire l'histoire des maladies qu'il aura sous les yeux, il n'en présentera qu'une copie incomplète et méconnaissable, et de ces observations défigurées il n'en pourra jamais sortir que des théories erronées, véritables romans pathologiques, qui ont tant infecté et infectent encore aujourd'hui la science. Dans l'hypothèse la plus favorable, l'observateur, avec une semblable méthode, ne parviendra qu'à force de temps, de peines et de tâtonnemens, à se créer un

mode d'examen, qui variera toujours selon la différence des localités où il aura été appelé à observer, et selon la tournure particulière de son esprit; mais qui cependant sera d'autant moins imparfait, qu'il possédera plus de connaissances précises en pathologie, qu'il aura davantage vu par lui-même ou médité les faits recueillis par les autres, et qu'en conséquence il lui sera plus facile d'établir de points de comparaison; aussi est-il généralement possible, à la lecture d'une observation particulière, de prononcer sur le degré de savoir de celui qui l'a tracée.

7. Mais ce n'est point-là le seul écueil qu'ait à éviter l'observateur. Si, doué d'un jugement sain et d'une louable défiance de lui-même, il déchire avec courage les histoires fausses et incomplètes qu'il aura prises pendant le cours de ses premières années, comment fera-t-il pour se défendre des impressions qu'elles auront produites sur son esprit, et que souvent elles y auront laissées? et comment pourra-t-il se soustraire

plus tard à leurs inspirations, instinct nouveau qui influera plus qu'on ne pense sur le reste de sa carrière médicale, ainsi que malheureusement en font preuve plusieurs hommes de différentes époques ?

8. L'exactitude dans les faits ne pouvant s'accorder qu'avec une extrême fidélité dans les descriptions, l'observateur doit être pénétré, par dessus tout, de cet ardent amour de la vérité et de cette bonne foi sans laquelle il ne peut exister de vrai médecin. Les petites satisfactions de l'amour-propre doivent se taire devant des considérations d'une plus haute importance, et qui touchent de si près aux intérêts de l'humanité.

9. De toutes les qualités dont le médecin doit être doué, il n'en est pas de plus essentielles et qui puissent donner plus de prix à ses observations, que des sens délicats et fidèles, que l'exercice viendra perfectionner encore. L'observateur doit avoir de la pénétration dans l'esprit, mais sans trop de subtilité ; un sage discer-

nement, et surtout beaucoup de patience. Qu'il prête une grande attention aux rapports de ses malades, et qu'il fasse preuve avec eux de douceur et de complaisance; c'est le plus sûr moyen de s'emparer de leur confiance et de se mettre à même d'en obtenir des renseignemens souvent indispensables, sans lesquels ses observations ne seraient qu'incomplètes.

L'observateur doit surtout se dépouiller de tout préjugé, de toute idée préconçue, s'il ne veut donner à ses questions une direction souvent nuisible; il influerait nécessairement alors sur la nature des réponses du malade, et ne ferait ainsi que les dicter lui-même; enfin, lors de la rédaction de ses observations, il ne pourrait se défendre de leur imprimer le cachet de ses préventions. L'observateur ne doit jamais porter de jugement: son rôle est d'être historien; il ne doit pas s'en écarter. Traduire avec des mots le résultat de ses sensations, voilà tout ce que l'on exige de lui: son premier mérite est l'exactitude et la fidélité.

10. Un des plus puissans moyens d'acquérir ces différentes qualités et de devenir promptement un praticien habile, c'est de lire avec attention les auteurs qui ont publié des histoires particulières. De cette manière, on se formera de bonne heure à l'art difficile d'observer; l'on donnera à son jugement cette pénétration et ce tact qui constituent les grands observateurs : l'expérience des maîtres de l'art viendra suppléer à celle dont on manque. En les imitant dans ce qu'ils ont de bon, on s'appropriera une partie de leur génie; en voyant leurs erreurs, on apprendra à rectifier ses idées propres et à se méfier de soi-même; la sphère des questions s'aggrandira, et l'on attachera une nouvelle importance à des phénomènes regardés long-temps comme insignifians. C'est ainsi que par de bonnes lectures on peut tirer un grand profit de la médecine des Anciens, qui donnaient d'autant plus d'attention aux symptômes et aux signes des maladies, qu'ils n'avaient pas, comme

nous, pour s'éclairer, le flambeau de l'anatomie pathologique.

DE L'OBSERVATION EN GÉNÉRAL.

11. Le premier soin de celui qui veut prendre des observations au lit du malade et en retirer quelque fruit, est de se bien pénétrer du but qu'il se propose, et qui consiste toujours à représenter aux autres le tableau d'une affection dont il a été précédemment le témoin. Pour parvenir à un semblable résultat, non-seulement il faut donner à son observation cette vie dont la maladie que l'on décrit était pénétrée; mais il faut encore conserver à sa description cette couleur locale qui en fait une affection individuelle et qui la distingue de toutes les autres de la même espèce. L'exécution d'une pareille entreprise offre sans aucun doute de grandes difficultés; mais une observation tracée de cette manière devient une véritable monographie, où l'on retrouve l'exposé des causes, les symp-

tômes diagnostiques, la marche, les effets consécutifs et le traitement de chaque affection.

Cependant, lorsqu'on consulte un certain nombre d'observations, et que l'on voit le peu de conformité qui existe souvent entre les mêmes maladies décrites par des observateurs différens, on est étonné de la dissidence qui règne entre eux, et l'on accuse le peu de certitude de la médecine, comme si les torts de celui qui l'exerce devaient être attribués à la science. Mais d'où naît cette manière si variée de rapporter les mêmes faits? D'une inégalité manifeste dans les connaissances des observateurs qui les ont présentés; d'un vice dans leur méthode d'observation; d'une intelligence fausse de la signification des mots qu'ils emploient; d'un défaut d'attention dans l'examen du malade. En effet, quelque nombreuses que l'on puisse supposer les personnes qui décrivent une même affection, si toutes sont douées de sens également fidèles et délicats, si toutes

possèdent les qualités que nous avons désignées plus haut comme indispensables à l'observateur, si toutes sont également versées dans la pathologie pratique, quel que soit le plan d'interrogation qu'elles adoptent, les faits qu'elles recueilleront seront empreints du même caractère de vérité et de ressemblance, et dans tous on devra reconnaître une arachnitis, une pneumonie, une péritonite, etc. Pour que la même maladie soit chez celui-ci une pleurésie, chez celui-là une pneumonie, chez cet autre une phthisie pulmonaire, et chez ce dernier un catarrhe chronique, il faut que son histoire ait été prise d'une manière incomplète, et que l'observateur ne sache pas en quoi ces maladies diffèrent les unes des autres.

D'une autre part, on ne peut espérer de tracer convenablement une observation qu'en employant un langage médical exact et des mots dont le sens soit bien déterminé; c'est le meilleur moyen pour éviter toute méprise.

12. Une observation, pour être faite d'une manière convenable, ne doit renfermer, dans le cours de la description, aucun jugement ni aucune réflexion. Les symptômes principaux, et particulièrement ceux qui servent à établir le diagnostic, doivent être placés les premiers, et d'après leur degré d'importance, en conservant toutefois, autant que possible, l'ordre de leur apparition : on doit surtout s'appliquer à les dessiner avec force, afin d'en pénétrer davantage l'esprit du lecteur. Si plusieurs organes sont affectés, il faut réunir dans le même groupe les symptômes qui se rapportent à chacun d'eux. Ceux qui sont secondaires ou communs à toutes les maladies, ne doivent, au contraire, marcher qu'après. S'il s'agit de recherches thérapeutiques, on indique l'état du malade avant et après l'emploi du médicament.

Une observation ne doit point être chargée de détails superflus; tout ce qui y est contenu doit non-seulement être nécessaire, mais

encore indispensable. Souvent aussi il devient utile d'indiquer l'absence de certains phénomènes qui existent d'ordinaire dans des cas semblables, afin qu'on ne puisse pas attribuer cette lacune à un oubli ou à une négligence de l'observateur, ce qui jeterait nécessairement de la défaveur sur les points qui ont été examinés avec soin. Enfin on doit dire un mot de l'état de la constitution médicale, et indiquer brièvement s'il a existé quelque cause générale, épidémique ou endémique.

13. Lorsque l'on veut rédiger l'observation d'une maladie, l'on doit le faire immédiatement après sa terminaison, sur le journal qui a servi à inscrire jour par jour, ou à des intervalles plus éloignés, ses différens symptômes et les effets de son traitement; c'est le seul moyen de conserver aux faits leur exactitude et d'avoir des histoires fidèles. L'observateur, encore tout pénétré du tableau qu'il avait naguères sous les yeux, peut avec plus de facilité en retracer tous les traits et leur donner

cette énergie d'expression dont ils peuvent avoir besoin ; et s'il a oublié quelque chose d'intéressant, il peut du moins encore réparer son omission. Au contraire, s'il attend un temps plus ou moins long pour rédiger ses observations; s'il ne s'en occupe, ce qui arrive souvent, qu'au moment où il peut en avoir besoin, il court les risques de dénaturer involontairement des faits précieux et de perdre le fruit de longues et pénibles recherches.

14. Ce n'est qu'après la rédaction complète d'une observation qu'il devient réellement utile d'y ajouter quelques réflexions portant sur le diagnostic, sur les phénomènes particuliers qui ont présenté le plus d'importance, sur le traitement et enfin sur les rapports des symptômes avec les altérations des organes, si l'issue de la maladie a été funeste. De cette manière, on apprend à raisonner ses actions; l'on dispose pour l'avenir de nombreux matériaux, et l'on se prépare très-souvent d'excellentes leçons; car rien n'est tel que de comparer ses idées

du moment à celles qui devaient naissance à une expérience moins approfondie.

15. Un usage fort utile, et qui évite plus tard des peines et des lectures fatigantes, c'est le soin de placer à la tête de chacune de ses observations, et après le titre principal, un sommaire, dans lequel se trouvent indiqués les signes diagnostiques, les changemens les plus importans survenus pendant le cours de la maladie, les moyens de traitement et leurs effets, enfin la nature des altérations des organes, dans le cas où la mort s'en est suivie.

Terminons ce que nous avons à dire sur l'observation en général, par quelques considérations sur la nature du style qui paraît le plus propre à ce genre d'écrit.

16. Les mots dont on se sert doivent toujours avoir un sens précis et ne donner lieu à aucune équivoque : ils ne doivent point être exagérés, mais vrais comme les phénomènes qu'ils doivent représenter. Souvent il est préférable de répéter une expression, que de courir les risques de

manquer de clarté en ne s'en servant pas. Que le style soit facile et simple; point de prétention, point de phrases; point de déclamation dans les réflexions. Que toute la partie qui traite du commémoratif soit écrite avec pureté, élégance et rapidité; que ce qui se rapporte à l'état actuel du malade et qui contient l'énumération des symptômes, soit tracé en style aphoristique; c'est le mode le plus pittoresque, celui où les images conservent le plus de vie et de fixité, chaque mot exprimant une idée. De temps à autre, cependant, on peut rompre la monotonie du style aphoristique par quelques phrases concises et significatives, qui donnent à la description une nouvelle énergie et fixent davantage la valeur des caractères principaux.

MÉTHODE D'OBSERVATION EN GÉNÉRAL.

17. Quelque variées et quelque nombreuses que soient les conditions qu'exige l'art d'observer, comme on a pu le voir

par ce que nous avons dit jusqu'ici, il ne faut cependant point s'en effrayer d'avance et croire trop promptement à l'impossibilité de pouvoir un jour les réaliser. L'habitude de ce genre de travail, jointe à une bonne méthode d'observation, en rendront l'exécution assez facile, et les progrès qui en seront la suite nécessaire mettront en peu de temps l'observateur à même de s'y livrer avec un avantage dont il aurait été bien loin de se croire capable d'abord.

18. Mais quelle marche suivra-t-il dans ses recherches? Aura-t-il recours à un plan identique et parfaitement uniforme? Ceci me paraît tout-à-fait impossible. En effet, comment employer les mêmes moyens d'exploration dans des maladies dont le siége et la nature sont totalement différens? Comment un épanchement cérébral pourra-t-il comporter le même mode d'examen qu'un épanchement thoracique? Les questions à adresser à un malade affecté de squirrhe de l'estomac auront-elles quelque rapport avec celles

qu'exige l'étude de la pustule maligne? et les moyens de constater la différence qui règne entre une variole et une varicelle, entre certaines affections nerveuses hydrophobiques et la rage proprement dite, seront-ils de même nature que ceux qui peuvent servir à faire distinguer la manie, de l'arachnitis; l'inflammation de l'estomac, de la péritonite; la goutte, du simple rhumatisme articulaire? Non, sans doute, on ne peut soumettre aux mêmes genres d'examen des affections si opposées entre elles.

Les méthodes d'observation doivent donc de nos jours devenir aussi spéciales que la pathologie, dont elles suivent les progrès; et si, dans tous les cas, elles ne peuvent pas être dirigées vers chaque viscère ou vers chaque tissu en particulier, que du moins elles embrassent chaque cavité splanchnique, où le voisinage des organes qui y sont renfermés et les nombreux liens physiologiques qui les unissent entre eux sont des sources si communes d'er-

reur, et par conséquent des motifs puissans de les rapprocher dans le même cadre.

Afin de faciliter l'application de ce que nous avons à dire relativement à la manière d'interroger les malades, nous croyons utile d'exposer auparavant un mode d'examen préparatoire, au moyen duquel l'observateur pourra, dans l'espace de quelques minutes, se mettre à même d'abréger de beaucoup ses questions et de les diriger de prime abord dans le sens de la maladie dont il veut prendre connaissance.

19. *Examen préparatoire.* Tout en analysant le facies et l'aspect général du sujet qu'il a sous les yeux, l'observateur doit explorer en même temps l'état de la langue et du pouls; il examine ensuite les crachats, s'il en existe, fait respirer le malade, et lui demande de quelle partie il souffre et depuis quand.

A l'aide de ce premier aperçu, dont l'utilité se fait principalement sentir dans les maladies aiguës, l'homme de l'art a passé rapidement en revue les principales fonctions de

l'économie; il a pris une idée légère, à la vérité, mais cependant généralement suffisante, de l'état des organes contenus dans les trois cavités splanchniques, source la plus commune, sans aucun doute, de toutes les maladies graves. Au moyen du facies et de l'habitude générale du corps, il a pu connaître d'une manière approximative l'état des fonctions de l'intelligence et du système locomoteur, et conséquemment celui des organes encéphaliques. L'aspect de la langue et de la bouche lui a fait apprécier en partie l'état du tube digestif. L'exploration du pouls l'a déjà mis sur la voie des lésions directes de la circulation, ou de la part que cette fonction peut avoir prise au trouble des autres organes. Les crachats et la manière dont s'opèrent la respiration et la voix, lui ont également fourni quelques indices sur l'état des poumons et de leurs annexes; enfin le siége de la douleur qu'accuse ordinairement le malade, et la connaissance de l'époque à laquelle il fait remonter son affection, suffisent pour

constater la valeur des détails obtenus par les moyens précédens.

20. L'observateur est encore loin, il est vrai, de distinguer le genre de la lésion qu'il a sous les yeux; mais à l'aide des signes diagnostiques des diverses maladies des cavités splanchniques et des principaux tissus, indiqués plus loin, il saura déjà si l'affection qu'il veut étudier est aiguë ou chronique; et, d'une autre part, en suivant la méthode d'observation que nous allons actuellement développer, il sera dans le cas de mettre dans ses questions la précision nécessaire pour arriver à une description plus complète et à un diagnostic plus rigoureux. Nous croyons pouvoir éviter, par ce procédé, le reproche, trop fondé, fait à la plupart des ouvrages élémentaires, celui de supposer connu ce qui ne l'est point encore; de renvoyer l'observateur à la lecture de l'histoire d'une maladie dont il ignore même encore le nom, première condition cependant pour la reconnaître, et qui, d'après la marche que

nous indiquons, se trouve naturellement remplie.

21. Lorsque l'on veut prendre une observation, il convient d'abord de noter le nom, le sexe, l'âge et la profession du sujet; en général, on doit, autant que possible, recueillir les renseignemens commémoratifs auprès des personnes qui entourent ce dernier; de cette manière, on a le double avantage d'aborder plus directement les questions qui se lient à l'essence de la maladie, et d'augmenter le degré de confiance du malade.

22. Tous les instans ne sont point également favorables pour cet examen. S'agit-il seulement d'interroger et d'entrer dans tous les détails que doit comporter un commémoratif complet, on doit donner la préférence au moment de la rémission; le malade supporte alors plus facilement la fatigue qui résulte toujours d'une conversation prolongée. Veut-on, au contraire, se contenter d'observer les symptômes offerts par la maladie, les phénomènes

qu'elle détermine dans les diverses fonctions, en un mot, l'état actuel du malade, il vaut mieux choisir l'instant du paroxysme; tous les symptômes sont plus fortement dessinés, et leur appréciation en devient conséquemment aussi plus facile.

23. L'état aigu ou chronique des maladies nécessite une méthode d'observation tout-à-fait différente. En effet, toute la partie qui est relative au commémoratif est absolument indispensable à l'étude des affections chroniques; c'est le seul moyen de jeter quelque jour sur l'obscurité qui les entoure le plus ordinairement. Il est, au contraire, généralement moins utile d'y avoir recours dans les maladies aiguës : ainsi, par exemple, dans une arachnitis, dans une péricardite, est-il nécessaire, pour observer les divers phénomènes qu'elles déterminent, et pour en tracer l'histoire, de remonter aux affections antécédentes du sujet, de savoir quelle a été sa manière de vivre habituelle, et quelle sorte d'influence exerce sur lui tel ou tel agent?

Le temps presse ; il s'agit de reconnaître promptement la nature de la maladie et de lui opposer un traitement énergique. Mais il n'en sera pas de même sous le point de vue du pronostic, comme sous celui du traitement, d'une dégénérescence organique, qui se lie si fréquemment à l'histoire de la famille, et à la succession des diverses phases de la vie du malade, et qui peut reconnaître pour cause une disposition héréditaire, une suppression de flux habituel, etc.

24. *Maladies chroniques.* Après avoir examiné les diverses régions du corps et s'être assuré de sa conformation extérieure, ainsi que des vices innés qu'il peut offrir, et dont l'existence met souvent sur la voie de vices semblables dans des organes plus profondément situés ; après avoir constaté si le sujet porte des traces de maladies anciennes, telles que cicatrices scrophuleuses ou vénériennes, mutilations, etc., etc., tous signes qui peuvent jeter beaucoup de jour sur la nature de l'affection qu'on veut

observer, on aborde l'étude détaillée du commémoratif.

Commémoratif. On doit l'examiner dans la famille et chez le malade lui-même.

25. La famille se compose de la branche ascendante, de la branche collatérale et de la branche descendante. Il faudra donc avoir soin de s'informer s'il n'a pas existé chez quelques-uns d'entre eux, et principalement chez le père et la mère, quelques maladies habituelles ou chroniques, telles que dartres, hémorrhoïdes, migraines, rhumatismes, goutte, dyspnée, asthme, phthisie, coliques, lésions des digestions, etc., qui puissent se rapporter à l'affection existant actuellement chez le sujet que l'on observe, et répandre sur elle quelque clarté. Souvent il arrive qu'une disposition pathologique générale passe d'une génération à une autre, de telle sorte qu'elle peut déterminer la goutte ou le rhumatisme chez les uns, la phthisie tuberculeuse chez d'autres, etc., selon que la nature des causes tend davantage à déve-

lopper l'une ou l'autre de ces affections.

L'histoire commémorative des collatéraux, et même celle des descendans, peut également fournir de précieux renseignemens et rendre d'éminens services à la médecine pratique. Ainsi, pour notre part, nous avons eu l'occasion de voir une femme de quarante-huit ans, qui se trouvait alors affectée pour la troisième fois d'attaque d'apoplexie : son père, sa mère, son oncle et deux tantes maternelles, ainsi que deux de ses frères, avaient succombé a la même maladie. Quel terrible pronostic pour cette femme, et quel funeste héritage pour ses enfans! Dans les cas où l'on trouve des liaisons intimes entre le malade et telle autre personne de sa famille, il est bon de s'informer s'il existe également entre eux des ressemblances de physionomie et de moral; c'est un signe de plus à ajouter aux autres. La transmission pathologique doit être plus facile lorsqu'il existe déjà des rapports physiques et moraux aussi évidens.

26. L'histoire commémorative, physiologique et pathologique du sujet, doit ensuite fixer l'attention de l'observateur. Il parcourra successivement les diverses périodes de la vie du malade, en suivant de préférence les divisions septenaires, qui fournissent des résultats nombreux, et en s'appliquant aussi davantage aux grandes époques, telles que l'enfance, la puberté, l'adolescence, l'âge mûr, le temps critique et la vieillesse. Il s'informera des habitudes, de la manière de vivre, de l'état des fonctions et des diverses sympathies dans l'état de santé à ces différentes phases; il examinera quelles ont été les maladies auxquelles il a particulièrement été exposé, comme affections cérébrales, éruptions du cuir chevelu, engorgemens glanduleux cervical ou abdominal, pendant la durée du premier septenaire de la vie; engelures, rougeole, variole, épistaxis, etc., avant l'époque de la puberté; catarrhes pulmonaires, hémoptysies, palpitations, dyspnées, lorsque les organes

thoraciques ont pris une certaine prépondérance; enfin il s'assurera de l'état des fonctions et des diverses maladies des viscères, aux âges subséquens.

Au moyen de semblables renseignemens, non-seulement l'observateur acquiert une idée parfaite des dispositions particulières du sujet qu'il examine, mais encore il devient capable de lui donner d'excellens conseils pour l'avenir et de l'éclairer sur le genre de vie qu'il doit suivre.

27. D'une autre part, la connaissance de la constitution (1), que nous distinguerons, d'après M. le Professeur Récamier, en active, passive, ataxique et réfractaire, met à même de prévoir en partie la forme et la marche que prendront les maladies. En effet, il est d'observation que chez les personnes qui offrent les attributs de la constitution active, c'est-à-dire des fonc-

---

(1) Par constitution, nous entendons la disposition générale et l'ensemble des divers systèmes organiques qui composent le corps humain.

tions et une action organique s'exécutant avec énergie et régularité, le retour à la santé est plus prompt et plus facile ; les maladies sont aussi plus généralement régulières, comme moins funestes, surtout lorsqu'elles ont été convenablement traitées dès le début : que chez ceux qui sont doués d'une constitution passive, chez lesquels les fonctions et l'action organique sont faibles, lentes et inactives, quoique cependant encore régulières, les troubles organiques sont également lents à s'établir, comme à parcourir leur marche, et que, par conséquent, les maladies tendent à rester stationnaires : que chez les sujets actifs ou passifs qui présentent une constitution ataxique, c'est-à-dire une irrégularité, une incohérence, une bizarrerie, un désordre dans les différens phénomènes vitaux, les organes nous offrent des maladies également irrégulières, survenant par des causes insuffisantes, et prenant souvent un caractère de gravité telle, qu'il devient impossible d'en arrêter le cours : enfin que chez les in-

dividus où l'on remarque une constitution réfractaire, c'est-à-dire une certaine énergie dans les fonctions avec une résistance considérable dans leurs troubles, les maladies, une fois déterminées, présentent la même ténacité, la même résistance au retour à l'ordre, et se montrent le plus généralement rebelles à tous les modes de traitement.

28. Nous pourrons en dire à-peu-près autant de la connaissance du tempérament, que l'on doit distinguer en sanguin, lymphatique et nerveux, selon que l'un ou l'autre de ces systèmes organiques généraux prédominent dans l'économie, et au moyen de laquelle, d'une part, l'observateur est mis sur la voie des diverses affections auxquelles disposent cette prédominance d'action et cet excès de développement organique, tandis que, de l'autre, le lecteur peut se représenter plus facilement l'aspect extérieur du sujet dont on l'entretient.

29. Mais ce qui peut-être mérite encore une attention plus spéciale, sous le point de

vue des conséquences utiles que l'on peut en retirer, c'est l'étude des idiosyncrasies, considérées relativement aux dispositions et susceptibilités pathologiques des organes, comme sous le rapport de l'influence qu'exercent les différens agens hygiéniques et médicamenteux sur l'économie.

C'est ainsi que l'on peut prévoir comment un organe, trop actif relativement aux autres, doit être plus exposé à contracter les maladies auxquelles dispose déjà le tempérament du sujet; comment la céphalite, par exemple, sera plus fréquente chez un enfant sanguin, dont le cerveau est le viscère le plus énergique et le plus développé; et comment on se rend compte des affections qui surviennent dans un organe doué de très-peu d'activité, mais jouissant d'une susceptibilité particulière pour tel ou tel agent, comme on l'observe chez les personnes qui ne s'enrhument que quand elles éprouvent du froid aux jambes, ou qui sont prises de coliques lorsqu'il fait de grands vents, etc., etc.

Aussi devra-t-on tour-à-tour passer en revue les différens organes de l'économie, et les considérer sous le rapport de leur prédominance d'action et de leurs susceptibilités, relatives aux climats, aux saisons, aux températures variées, aux diverses influences météorologiques, aux vêtemens, aux bains, aux alimens, boissons, liqueurs, etc., aux exercices, aux passions et aux maladies habituelles ou accidentelles, telles que exutoires, hémorrhoïdes, dartres, etc.

Enfin, c'est de cette manière que l'on pourra apprécier, dans certains cas, l'avantage de telle ou telle substance, rejeter de son traitement un médicament qui serait parfaitement indiqué dans des affections analogues, et recourir quelquefois à d'autres, dont le succès ne peut être motivé que par une élection individuelle.

3o. L'histoire commémorative de la santé et des maladies auxquelles le sujet a été exposé étant terminée, il ne s'agit plus que de fixer ses regards d'une manière plus

particulière sur l'affection qui existe actuellement.

L'on détermine d'abord avec précision la nature présumée des causes qui ont pu produire la maladie, si toutefois elles sont appréciables; on étudie les divers phénomènes qui l'ont précédée, les symptômes par lesquels elle a débuté, ou son mode d'invasion; on indique ceux qui l'ont caractérisée, la marche qu'ils ont suivie, la part qu'y ont prise les diverses fonctions, enfin les traitemens variés mis en usage, et les effets qui en ont été la suite. Cette manière de tracer le commémoratif est, en général, la seule qui soit applicable à l'étude des maladies aiguës, et, par conséquent, la seule à laquelle on doive avoir recours.

Voyons maintenant en quoi consiste l'analyse des symptômes de l'état actuel.

51. Si l'examen préparatoire a fait soupçonner que tel organe, ou tel appareil d'organes, est plus particulièrement affecté, l'on commence par exposer les divers symptômes qui s'y rapportent, puis on passe tour-à-

tour en revue l'habitude du corps, dans lequel se trouvent compris la peau, le facies, l'état des facultés intellectuelles, les appareils sensitif, digestif, respiratoire, circulatoire, locomoteur, sécréteur et générateur. C'est en traitant de la méthode d'observer, relative aux maladies de chacune des cavités splanchniques, que nous entrerons dans tous les détails que comporte ce sujet.

Ce travail terminé, l'on n'a plus qu'à inscrire jour par jour les changemens qui peuvent survenir, ou seulement à les indiquer à de plus grands intervalles, si ces changemens sont plus éloignés. L'on doit surtout redoubler d'attention lors des jours critiques, car la doctrine qui s'y rattache, quoiqu'ébranlée dans ces derniers temps, est encore appuyée de l'autorité de trop de siècles, pour qu'il soit permis de négliger ce qui pourrait répandre sur elle quelque lumière; du reste, l'observation ne fera qu'y gagner. Lorsque l'on introduit dans le traitement quelque moyen nouveau, il faut en noter le résultat avec exactitude.

Enfin, l'on rend compte du mode de terminaison de la maladie, qui peut être brusque ou lent, ou bien se faire par métastase; l'on indique si elle passe à l'état chronique, ou si elle est suivie d'une autre affection; en cas de guérison, l'on suit rapidement le malade pendant sa convalescence; on dit un mot de sa manière d'être lorsqu'il a recouvré la santé, car il est toujours utile de savoir quelle influence une affection apporte à l'état des diverses fonctions. En cas de mort, au contraire, l'observateur donne tous les détails d'anatomie pathologique que peut fournir l'autopsie cadavérique; et, loin de se contenter de parler seulement de l'état des viscères reconnus malades pendant la vie, il doit décrire avec détail les organes et les tissus qui peuvent offrir quelqu'altération.

Le tableau ci-joint (1) mettra sous les yeux du lecteur l'ensemble des objets à examiner dans l'exposé d'une observation.

---

(1) Voir à la fin de l'ouvrage.

MÉTHODE D'OBSERVATION RELATIVE AUX MALADIES DE LA TÊTE (1).

D'après l'examen préparatoire indiqué plus haut (19), nous supposons que l'observateur a trouvé dans l'état des facultés intellectuelles et des sens, dans les réponses du malade ou dans l'habitude du corps, des signes suffisans pour lui faire soupçonner une affection de l'encéphale ou de ses dépendances. Il ne s'agit plus alors que de vérifier, par une analyse plus approfondie, l'exactitude de cette présomption, en interrogeant avec soin tous les organes, comme toutes les fonctions soumises immédiatement à l'influence du système cérébro-spinal, car c'est ici seulement que commence l'observation.

---

(1) Ce n'est qu'en traitant de chaque affection, à l'article du Diagnostic, que nous donnerons les modes d'observation qui ont rapport aux diverses maladies de l'encéphale. Ici nous ne voulons en parler que d'une manière générale.

32. L'encéphale, comme tous les principaux organes de l'économie, présente, dans les maladies dont il est le siége, des troubles variés, et plus ou moins évidens, des fonctions auxquelles il préside; aussi est-ce vers ces mêmes fonctions, à la tête desquelles nous plaçons les facultés intellectuelles et celles qui appartiennent aux systèmes sensitif et locomoteur, que l'observateur doit particulièrement diriger son attention. L'appareil digestif ne marche qu'en quatrième ligne, quoique, dans certains cas, assez rares à la vérité, ce soit vers l'estomac qu'existent les principaux symptômes. Quant à la circulation et à la respiration, elles ne prennent, en général, qu'une part très-indirecte et tout-à-fait secondaire aux affections des organes qui nous occupent.

33. *Facultés intellectuelles.* L'observateur commencera par s'assurer de l'état des facultés intellectuelles pendant la santé de celui qu'il examine, afin de pouvoir distinguer ce qui appartient réellement à la ma-

ladie. Nous rapporterons à deux chefs principaux les diverses recherches relatives aux troubles ou modifications de l'intelligence. Tantôt cette fonction est dans un état de désordre, tantôt, au contraire, elle n'est que dans un état d'affaiblissement plus ou moins marqué. On peut considérer comme se rattachant essentiellement au désordre intellectuel l'exaltation mentale, qui n'est qu'une augmentation d'activité de l'intelligence; les hallucinations, qui consistent dans une erreur des sens; les vertiges, les changemens survenus dans le caractère du malade, enfin le délire, dont les formes sont infiniment variées, et qui peut être triste ou gai, calme ou furieux, s'accompagner de taciturnité ou d'une loquacité continuelle, être permanent ou intermittent, périodique ou irrégulier, soumis à des influences données, ou revenir sans aucune cause appréciable, etc. Souvent on rendra un compte plus exact des facultés intellectuelles, en citant un mot, une phrase, une action du malade, qu'en se contentant d'exprimer

qu'il y a du délire, car ses paroles peuvent avoir plus de sens que ne le présumerait l'observateur. Au contraire, les absences, les altérations de la mémoire, l'imbécillité, la lenteur dans les réponses, la stupeur, la tendance à l'assoupissement, la somnolence, le coma, le carus, etc., etc., se rallient davantage à l'affaiblissement des facultés intellectuelles, dont ils ne sont que des degrés différens. Cet état de diminution de l'intelligence peut encore coïncider avec son exaltation, et présenter des alternatives fréquentes de l'une et de l'autre, ce qui doit être indiqué dans l'observation. Enfin on doit également noter la manière dont s'opère la prononciation, et faire connaître si la parole est brusque et gênée, ou bien s'il existe aphonie. Ces détails suffisent pour mettre l'observateur sur la voie des questions qu'il doit faire, et pour le diriger dans les renseignemens qu'il aurait à prendre auprès de ceux qui assistent le malade, dans le cas où lui-même serait dans l'impossibilité d'y satisfaire.

34. *Appareil sensitif.* Il se compose de l'état des sens et de la sensibilité. Les troubles de la vue et de l'ouïe consistent ordinairement dans la diminution plus ou moins considérable de ces fonctions, dans leur aberration ou illusion, ou bien dans quelque exaltation particulière. Si le malade est affecté d'un écoulement par les oreilles, ce qui arrive dans quelques cas, il faut redoubler d'attention, car ce phénomène peut devenir du plus haut intérêt : il indique souvent une lésion profonde du cerveau. L'odorat et le goût sont rarement le siége de symptômes de quelque importance, aussi contribuent-ils généralement très-peu au diagnostic des maladies de l'encéphale. Il n'en est pas de même de la sensibilité, qui joue presque constamment alors un très-grand rôle. L'observateur s'attachera à étudier le caractère et la nature de la céphalalgie, qui, sans aucun doute, est le symptôme le plus constant ; il s'appliquera à distinguer si elle est fixée dans le cuir chevelu, ou bien si elle est si-

tuée plus profondément; par quel tissu elle a commencé, et quel est celui où elle a son siége actuel; il pourra s'aider, à cet effet, de la sensation même du malade et de la compression des tégumens du crâne : en faisant porter la tête en bas et en lui imprimant une légère secousse, il s'assurera, dans beaucoup de cas, si elle dépend de congestions cérébrales; car alors la douleur augmenterait et le malade éprouverait des battemens plus ou moins forts, quelquefois même des étourdissemens, ce que l'on n'observe pas dans les douleurs qui ont leur siége dans le cuir chevelu. Quant aux engourdissemens, aux fourmillemens, aux élancemens et aux divers *aura* qui se développent dans les membres pendant le cours de certaines altérations de l'encéphale, elles exigent que l'on examine si la peau y prend part, et par quel tissu elles ont débuté. La sensibilité générale doit ensuite être constatée dans les diverses régions du corps, et spécialement à la face, aux membres supérieurs et inférieurs, à la poitrine et au ventre. Si

cette fonction est profondément altérée, il faut avoir recours au *pincer*, qui donne une idée exacte de la manière de sentir de la peau. Dans tous ces cas, ces différentes recherches doivent être faites comparativement de l'un et l'autre côté du corps, et formellement indiquées dans l'observation.

35. *Appareil locomoteur*. Son examen doit suivre immédiatement celui de la sensibilité. On commence par la face, et l'on passe successivement en revue l'état des yeux, de la bouche, du col et des membres. Les parties de l'œil qui présentent le plus d'intérêt sont la pupille, qui peut être dilatée ou reserrée, immobile ou contractile, ou même, dans certains cas, se trouver le siège d'oscillations continuelles. Le globe de l'œil, proprement dit, peut être agité de mouvemens convulsifs ou de rotation, ou n'offrir seulement qu'un changement dans la direction de son axe, ce qui constitue le strabisme. Les paupières peuvent être fermées; cet effet dépend ou de la paralysie du releveur de la paupière supé-

rieure, ou de la contraction de l'orbiculaire, ce qui doit toujours être indiqué. Les ailes du nez, dans certains cas, sont immobiles d'un côté, et se trouvent rapprochées de la cloison. Outre l'embarras qui existe quelquefois dans la prononciation, la bouche offre divers symptômes dignes de remarque. Ils consistent dans le trismus ou serrement des mâchoires, dans le changement de direction de la pointe et de la base de la langue, dans celle de l'os maxillaire inférieur, et dans la déviation des commissures des lèvres: cette dernière a lieu tantôt du côté malade par la contraction spasmodique de l'une des commissures, et la bouche est tirée en haut et en-dehors; tantôt par leur abaissement paralytique, et elle est pendante et portée en bas; enfin elle peut exister du côté sain et dépendre des muscles restés libres. La tête est quelquefois inclinée à droite ou à gauche, et alors il faut faire attention à l'état des muscles du col, qui sont ou contractés ou relâchés. Les membres supérieurs et inférieurs, mais

surtout les premiers, peuvent être privés de mouvement ou n'en avoir que peu. Il faut examiner si cette immobilité est le résultat d'un état d'inaction ou de faiblesse générale ; si tous les membres la partagent ou si elle n'est bornée qu'à certaines régions; enfin si elle dépend d'une véritable paralysie. Dans ce dernier cas, il faut avoir soin de noter si elle est continuelle, si elle cesse momentanément lorsqu'on éveille ou qu'on stimule le malade, et si elle offre des degrés variables d'intensité. Il faut indiquer si les muscles sont dans un état de roideur ou de flaccidité; si cette dernière est complète ou incomplète; si les membres retombent en masse quand on les soulève ; et, lorsqu'ils sont roides, s'ils sont fléchis ou étendus; si la roideur est générale, comme dans le tétanos, ou seulement partielle. Enfin, il faut faire attention s'il existe des alternatives répétées de rigidité et de relâchement dans les muscles, qui sont alors agités passagèrement et par secousses, ce qui constitue les convulsions; dire si

elles n'ont lieu que dans certaines parties, comme aux ailes du nez, à la lèvre, à la mâchoire inférieure, à la langue, au larynx, aux membres de l'un ou l'autre côté, etc., ou si elles sont fixées à certains muscles qui peuvent seuls les éprouver, et d'une manière très-instantanée, comme dans les soubresauts des tendons. Au sujet des convulsions, nous ferons remarquer qu'il ne faut pas regarder comme telles les mouvemens désordonnés du malade lorsqu'ils coïncident avec le délire; ils ont presque toujours alors un but réel, et n'appartiennent nullement aux mouvemens involontaires. Quant à ceux qui sont automatiques, il est toujours utile de les indiquer; c'est ainsi, par exemple, que les enfans portent fréquemment la main à la tête dans l'hydrocéphale aiguë. Dans l'exposé de ces différens phénomènes, on aura le soin de noter s'ils sont continus ou intermittens, et de décrire comparativement l'état de chaque côté du corps, ainsi qu'on l'a fait pour le système sensitif.

36. *Appareil digestif.* A l'exception des vomissemens, qui ont assez souvent lieu au début des maladies du cerveau, de la constipation, de la rétention d'urine, et, plus rarement, de leur excrétion involontaire, que l'on observe lorsqu'elles sont arrivées à un haut degré, ou qu'il existe quelque affection de la moelle épinière, l'appareil digestif et ses diverses dépendances n'offrent que très-peu de symptômes qui puissent être considérés comme effets directs des maladies de l'encéphale. Dans le cas de vomissement, l'observateur doit examiner avec le plus grand soin l'état de la bouche et de la langue, ainsi que celui de tous les viscères abdominaux, afin d'acquérir le plus de données possibles pour décider si ce phénomène est purement sympathique de l'affection du cerveau, ou s'il ne dépend que d'une inflammation de l'estomac.

37. *Appareil circulatoire.* Les seuls troubles qui se rapportent à la circulation, consistent dans des altérations du rhythme naturel du pouls, dans l'augmentation de sa

fréquence, ou dans un ralentissement plus ou moins grand : quelquefois il peut devenir irrégulier, intermittent, etc. ; mais ces dernières modifications n'éclairent en rien le diagnostic des maladies cérébrales, et, par conséquent, ne peuvent être que d'un faible intérêt. Nous observerons seulement que la lenteur du pouls peut quelquefois être utile pour faire reconnaître le mode d'affection de l'encéphale; qu'elle paraît se rattacher principalement à certaines lésions de la pulpe et aux épanchemens considérables, tandis que la fréquence se rallie davantage à la période inflammatoire des membranes ou de la substance cérébrale.

38. *Appareil respiratoire.* Il est à-peu-près dans le même cas que le précédent, et ce que nous avons dit à son sujet lui est entièrement applicable. La respiration devient haute, suspirieuse, entreccupée, stertoreuse, ou se ralentit considérablement lorsque les maladies du cerveau sont parvenues à leur dernier degré. Elle est difficile lors-

que la moelle épinière est lésée; elle le devient d'autant plus, que l'affection se rapproche davantage de sa région cervicale; enfin elle peut s'accompagner de menace de suffocation, si elle a lieu au niveau des quatrième et cinquième vertèbres cervicales, au-dessous de l'origine des nerfs diaphragmatiques. Dans certains cas, l'expiration se fait par une seule commissure des lèvres, la bouche étant fermée; c'est ce que l'on désigne par les mots *fumer la pipe*.

39. L'observateur terminera son examen par un aperçu rapide de l'état du facies, dont il s'appliquera à décrire l'expression générale, les particularités relatives à l'œil et à la bouche ayant été déjà indiquées en traitant des appareils sensitif et locomoteur; il parlera ensuite du décubitus, et fera attention à la position de chacun des côtés du corps et des membres, ce qui complètera le tableau de la maladie qu'il décrit. Mais avant de quitter ce que nous avons à dire relativement au mode d'exploration que l'on doit suivre dans l'étude

des affections du système cérébro-spinal, nous ajouterons qu'il est absolument nécessaire de s'appliquer aux symptômes qui ont annoncé l'invasion de la maladie, de jeter les yeux sur le crâne et la colonne vertébrale, afin de savoir s'il existe quelque tumeur ou quelque cause physique qui a pu la provoquer : il faut appuyer particulièrement sur toutes celles qui se rattachent à une action directe ou indirecte sur l'encéphale, telles que les percussions du crâne ou de la colonne épinière, l'insolation, l'hypertrophie du cœur, les dispositions acquises ou héréditaires aux congestions ou aux maladies cérébrales, l'abus des boissons alcoolisées, les excès de veille, les affections morales, etc. Nous recommanderons surtout de ne jamais omettre d'explorer les autres cavités splanchniques avec beaucoup de détail, car l'observation qui ne contiendrait que les symptômes relatifs aux maladies de l'encéphale serait nécessairement incomplète et ne pourrait servir en rien à éclairer l'histoire de la pathologie du cerveau.

MÉTHODE D'OBSERVATION RELATIVE AUX MALADIES DE LA POITRINE.

Après avoir jeté un coup-d'œil sur l'état extérieur du thorax, s'être assuré s'il existe quelque douleur dans l'une de ses régions, en avoir constaté le siége exact et la nature, on examinera :

1°. Les phénomènes qui résultent de l'acte de la respiration;

2°. Ceux qui dépendent de la voix;

3°. Le produit de l'expectoration;

4°. Les symptômes qui sont fournis par la percussion de la poitrine;

5°. Ceux qui se rapportent au cœur et à ses dépendances.

PHÉNOMÈNES QUI RÉSULTENT DE L'ACTE DE LA RESPIRATION.

40. *État de santé*. Respiration facile, profonde, lente, régulière, égale des deux côtés de la poitrine, s'opérant en grande partie,

chez les enfans par le seul mouvement des côtes, chez les adultes par celui des côtes et du diaphragme, et par ce dernier muscle seulement chez les vieillards et les personnes qui offrent une ossification des cartilages. La respiration est d'autant plus fréquente, que le sujet se rapproche davantage de l'époque de la naissance. Dans la première année, l'enfant respire trente-cinq fois par minute, tandis que la respiration n'a lieu ordinairement que dix-huit à vingt fois chez l'adulte; elle est aussi plus fréquente chez les personnes nerveuses ou irritables, et chez la femme, que chez l'homme.

41. *État de maladie.* Respiration fréquente ou rare, brusque ou lente, grande ou petite, inégale, irrégulière, intermittente, entrecoupée, laborieuse, suffocante, convulsive, sifflante, suspirieuse, stertoreuse.

Tels sont les phénomènes qu'offre la respiration à l'investigation des moyens ordinaires; mais lorsqu'on examine la poitrine

à l'aide de l'auscultation médiate, on en observe d'autres, dans le détail desquels nous allons entrer.

42. L'auscultation peut se pratiquer au moyen de l'oreille appliquée sur les parois de la poitrine recouverte d'un morceau d'étoffe, ou à l'aide du stéthoscope (1) de M. Laënnec. On doit avoir recours à l'auscultation immédiate lorsque les phénomènes sont difficiles à distinguer et faiblement dessinés; elle devient plus particulièrement utile alors aux personnes qui n'ont point encore acquis l'habitude de ce genre d'exploration. Le phénomène

(1) Cet instrument consiste dans un cylindre de bois, de quatre à douze pouces de longueur, percé dans son centre d'un tube de trois lignes de diamètre. L'une des pièces est évasée à son extrémité, à une profondeur d'environ un demi-pouce à un pouce et demi : elle est creusée en forme d'entonnoir, dans lequel on adapte un embout de même bois, qui le remplit exactement; cet embout se fixe à l'instrument à l'aide d'un petit tube en cuivre qui le traverse dans toute son étendue.

ayant été rendu plus sensible par l'application de l'oreille, et l'observateur s'en étant formé une idée, il lui devient dès-lors plus facile d'en saisir les nuances, que s'il avait débuté de prime abord par l'emploi du stéthoscope. Je dirai cependant qu'il est des cas où le cylindre seul doit être mis en usage : nous les indiquerons à mesure que l'occasion se présentera.

Pour se servir du stéthoscope, il faut le tenir comme une plume à écrire, de manière que les doigts, appliqués à l'extrémité de l'instrument, puissent facilement sentir en même temps les parois thoraciques : on doit avoir le soin de le faire porter perpendiculairement et par toute sa surface.

43. Il est bon, avant d'explorer la respiration et de noter le résultat de son observation, d'attendre que la première impression que détermine ordinairement chez le malade ce mode d'examen soit entièrement dissipée ; il est nécessaire que l'oreille soit un peu habituée aux différens phénomènes qui se passent dans la poitrine, car c'est

alors seulement que l'on peut statuer avec exactitude sur leur valeur.

44. *Auscultation de la respiration dans l'état de santé* (1). Léger bruit ou murmure se faisant entendre pendant l'inspiration et l'expiration, et résultant du passage de l'air dans les rameaux bronchiques et les cellules aériennes. Ce bruit est d'autant plus sonore, que le sujet respire plus fréquemment et plus profondément; qu'il est plus jeune, que la dilatation des poumons est plus complète, et que les parois de la poitrine ont moins d'épaisseur. Chez les femmes, ce bruit est plus fort que chez l'homme; chez les enfans, il est encore plus marqué, d'où l'épithète de *puérile*, que l'on donne à la respiration lorsqu'elle devient très-sonore.

45. Ce phénomène est plus sensible que partout ailleurs dans les parties supérieures et latérales de la poitrine, vers ses

(1) Cet examen se fait avec le stéthoscope privé de son embout.

régions inférieures et postérieures, et particulièrement dans le creux de l'aisselle et l'espace compris entre le muscle trapèze et la clavicule. La racine des bronches, et, à plus forte raison, la trachée et le larynx, fournissent un bruit respiratoire beaucoup plus considérable, et assez semblable à celui d'un soufflet, une plus grande colonne d'air traversant un canal d'un plus large diamètre; l'air paraît alors attiré pendant l'inspiration, tandis qu'il est chassé lors de l'expiration. On donne à ce bruit le nom de respiration *trachéale*.

46. *Auscultation de la respiration dans l'état de maladie.* Diminution plus ou moins marquée du bruit respiratoire, qui peut être totalement suspendu : il est rare cependant que ce dernier phénomène s'observe sous les clavicules, et surtout le long de la colonne vertébrale. Cette absence complète de la respiration, dans laquelle l'immobilité des côtes a une grande influence, a lieu d'une manière permanente dans la pneumonie avec hépatisation, dans

l'emphysème du poumon, dans les diverses productions accidentelles de cet organe et lorsque des épanchemens liquides ou gazeux existent dans la cavité des plèvres : elle est passagère et incomplète dans le catarrhe pulmonaire, le premier degré de la pneumonie, et dans le principe de la formation des fausses membranes.

47. Le bruit respiratoire peut être beaucoup plus fortement marqué, et devenir alors *trachéal ;* ce phénomène a lieu lorsqu'il existe des excavations pulmonaires d'une certaine étendue communiquant avec les bronches : on l'observe aussi quelquefois dans quelques indurations du poumon, qui transmettent alors plus facilement le bruit des gros tuyaux bronchiques ; enfin dans des épanchemens liquides dans la cavité des plèvres, et, dans ce cas, il se fait alors entendre là où s'observe l'égophonie, autre phénomène dont nous parlerons tout-à-l'heure. Les portions de poumons restées saines offrent la respiration puérile.

Le passage de l'air à travers les liquides contenus dans les bronches détermine des effets différens connus sous le nom de *râle*, et qui se distinguent en plusieurs espèces.

48. *Râle muqueux.* Bruit semblable à celui qui se fait entendre dans les bronches des mourans : il est appréciable à l'oreille nue lorsqu'il a son siége dans la trachée ou dans de gros tuyaux bronchiques. Porté à un haut degré, il constitue le *gargouillement :* il s'observe dans les catarrhes et dans les tubercules ramollis.

49. *Râle crépitant.* Bruit comparable à celui du sel qui décrépite, plus sensible lors de l'inspiration : il a lieu dans le premier degré de la pneumonie, quelquefois dans l'hémoptysie et dans l'œdème du poumon.

50. *Râle sonore.* Son plus ou moins grave, quelquefois très-bruyant, et qui ressemble tantôt au ronflement d'un homme qui dort, tantôt au frottement que produit une corde de basse sur laquelle on passe le doigt, tantôt enfin au roucoule-

ment d'une tourterelle. Dans ce râle, le bruit s'effectue dans le thorax, et non dans l'arrière-bouche, comme cela a lieu dans le ronflement : on l'observe dans les fistules pulmonaires étroites et dans quelques dilatations des tuyaux bronchiques.

51. *Râle sibilant.* Petit sifflement prolongé, grave ou aigu, sourd ou sonore, survenant vers la fin ou le commencement de l'inspiration : il existe dans la première période du catarrhe bronchique.

PHÉNOMÈNES QUI DÉPENDENT DE LA VOIX.

52. *Auscultation de la voix dans l'état de santé* (1). Résonnance remarquable de la voix à l'oreille nue ou à l'aide du stéthoscope, plus forte chez les sujets maigres, se faisant entendre à l'aisselle, vers l'angle formé par la réunion du sternum et de la clavicule, et dans l'espace compris entre

(1) Cet examen se fait avec le stéthoscope garni de son embout.

le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, ne déterminant cependant pas la voix articulée, mais un bruit plus ou moins confus, qui vient s'éteindre vers les parois du thorax, et qui prend un caractère plus sensible lorsqu'il existe d'anciennes adhérences de la plèvre. Dans les autres régions de la poitrine, et surtout en arrière et en bas, la voix paraît plus faible et ne produit qu'un bruit peu distinct. Chez les hommes à voix grave, elle résonne davantage, et est sourde et confuse dans presque tous les points du thorax, tandis qu'elle est claire chez les femmes et les enfans qui ont la voix aiguë; enfin, chez ces derniers, lorsqu'ils sont maigres, elle donne lieu, dans le voisinage des bronches, à un phénomène connu sous le nom de *pectoriloquie*. Nous devons encore faire remarquer que quand on applique la main sur le thorax, et particulièrement sur les grandes divisions des bronches, on éprouve un frémissement facile à apprécier dans ces diverses régions.

53. *Auscultation de la voix dans l'état*

de maladie. Dans certains cas, la résonnance de la voix est plus sensible que dans l'état naturel, et devient appréciable dans des points où elle ne l'est pas ordinairement ; elle peut même être rendue tellement forte, que la parole articulée se fasse entendre à l'extrémité du stéthoscope, qui est appliqué sur le thorax, phénomène qui prend alors le nom de *bronchophonie*. On peut l'observer dans quelques hépatisations du poumon lorsqu'il existe des tubercules ou d'autres tumeurs dans ces organes, ou qu'un épanchement liquide a lieu dans la cavité des plèvres. Dans cet examen on doit toujours avoir le soin d'explorer comparativement les deux côtés correspondans de la poitrine.

54. *Pectoriloquie*. C'est un phénomène par lequel la voix, assez distinctement articulée, traverse le canal pratiqué dans le centre du stéthoscope, et vient frapper avec son timbre naturel, plus ou moins fort seulement, l'oreille de l'observateur : elle est, à ce degré, dite *parfaite* ou *évidente*.

55. La pectoriloquie est d'autant plus évidente, que la voix du malade est plus aiguë ; aussi est-elle plus sensible chez les femmes et les enfans, tandis que chez les personnes qui ont la voix grave, le frémissement des parois thoraciques peut, dans quelques cas, être assez intense pour la masquer en partie : d'autres fois, le volume et la force de la voix, chez ces sujets, sont tellement augmentés, que le malade semble parler dans un porte-voix ; enfin, dans les cas d'aphonie, la voix ne cesse pas complètement à l'investigation stéthoscopique.

56. La pectoriloquie annonce l'existence d'excavations pulmonaires communiquant avec les bronches ; elle est d'autant plus forte, que leurs parois ont moins d'épaisseur et plus d'élasticité ; quelquefois elle est portée jusqu'à la résonnance métallique, comme on l'observe dans les membranes fibro-cartilagineuses qui tapissent certaines anfractuosités. Elle est éclatante lorsque les parois minces de l'excavation adhèrent aux côtes, tandis qu'elle peut, au contraire,

ne pas exister lorsqu'il n'y a point d'adhérences entre elles, la cavité s'affaissant pendant l'expiration.

57. La pectoriloquie est plus sensible que partout ailleurs au-dessous de la clavicule, dans le creux de l'aisselle, dans l'espace compris entre la clavicule et le muscle trapèze et dans les fosses sus et sous-épineuses, parties qui correspondent au sommet des poumons.

58. La pectoriloquie acquiert plus de force et devient semblable à la voix transmise par une trompe, lorsque de nouvelles excavations viennent à communiquer avec celles qui existaient déjà : si les communications sont nombreuses et qu'il y ait des anfractuosités, elle est alors étouffée et confuse.

59. La pectoriloquie est d'autant plus parfaite, que l'excavation contient moins de liquide, d'où résulte qu'elle disparaît souvent, ou seulement devient moins évidente, lorsque les bronches sont obstruées par des crachats ou de la matière tubercu-

leuse : alors il s'y joint un râle muqueux, ce qui n'a point lieu quand l'excavation est vide.

60. La pectoriloquie est encore évidente dans le simple cas de fistule pulmonaire, tapissée par une membrane fibro-cartilagineuse.

61. Lorsque, dans la pectoriloquie, la voix est moins distincte, qu'elle coïncide avec le gargouillement et une respiration râleuse, c'est un signe que la matière contenue dans les excavations est passée à l'état de liquide purulent. Si la pectoriloquie est seulement entrecoupée, la fonte tuberculeuse est encore incomplète.

62. La pectoriloquie est *imparfaite* lorsque la voix retentit davantage dans un côté de la poitrine que dans l'autre, qu'elle résonne avec force sous le cylindre et paraît plus rapprochée de l'oreille, sans traverser complètement le stéthoscope.

63. La pectoriloquie est *douteuse*, lorsque la voix paraît aiguë, tourmentée, et qu'elle s'arrête à l'extrémité thoracique du tube.

Ces deux espèces de pectoriloquie doi-

vent être examinées de chaque côté, et ce n'est que quand elles existent d'un seul qu'elles peuvent avoir de la valeur.

64. *Egophonie.* Ce phénomène consiste dans une forte résonnance de la voix, qui ne traverse jamais évidemment le cylindre, comme dans la pectoriloquie; mais qui devient plus aiguë, saccadée, chevrotante, en quelque sorte argentine.

L'égophonie, quoique le plus souvent circonscrite, s'observe dans un cercle beaucoup moins limité que la pectoriloquie; elle existe entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, dans tout le contour de l'angle inférieur de cet os et de son bord externe, dans le trajet d'une ligne qui passerait de son centre au sternum, en suivant les côtes, et dans l'espace de deux à trois travers de doigt. Lorsque l'égophonie se fait également entendre de chaque côté, elle devient très-douteuse, certaines personnes, dans l'état de santé, présentant à la racine des poumons ce caractère chevrotant de la voix. Enfin s'il existe d'anciennes

adhérences dans un des côtés de la poitrine, l'égophonie peut y devenir alors beaucoup plus évidente.

65. L'égophonie existe constamment avec la présence d'un liquide peu abondant ou d'une fausse membrane molle dans la cavité des plèvres ; elle cesse lorsque l'épanchement devient trop considérable; elle indique, en conséquence, le premier degré de la pleurésie, dans le premier cas, et son passage à l'état chronique, dans le second, quand toutefois les symptômes généraux persistent malgré la cessation de l'égophonie : elle est un signe de résolution, lorsqu'au contraire ces derniers symptômes se dissipent avec elle.

L'égophonie n'empêche pas d'entendre le bruit de la respiration, de même qu'elle n'est point supprimée par l'hépatisation du poumon.

66. *Tintement métallique.* Bruit semblable à celui qui résulte du choc d'un corps dur sur une coupe de verre ou de métal. Lorsque ce phénomène est moins marqué,

il ne donne lieu qu'à la résonnance métallique; enfin la respiration peut elle-même prendre ce caractère, et ressembler alors au murmure que ferait entendre l'air soufflé dans un vase de métal; ces différens bruits cessent le plus ordinairement par instant, pour revenir dans d'autres.

67. Le tintement métallique a lieu lorsqu'il existe dans le point correspondant une excavation remplie de liquide et d'air, qui ne communique pas avec les bronches.

68. La respiration métallique s'observe dans les cas de fistule bronchique.

69. La résonnance et la respiration métalliques annoncent une communication fistuleuse des bronches avec la cavité de la plèvre, et l'épanchement d'un fluide gazeux entre les feuillets de cette membrane.

70. Le tintement métallique, coïncidant avec la résonnance et la respiration métalliques, est le signe d'une vaste excavation à parois adhérentes compactes et de très-peu d'épaisseur.

CARACTÈRES DES PRODUITS DE L'EXPECTORATION.

71. *État sain.* Fluide visqueux, filant, transparent, incolore, insipide et sans odeur, n'existant qu'en petite quantité et dans la proportion nécessaire pour humecter la surface interne des voies aériennes.

72. *État de maladie.* Tantôt les crachats sont produits par un liquide transparent, limpide et un peu visqueux, qui, plus tard, augmente graduellement de consistance, et finit par se transformer en mucosités opaques, jaunâtres ou verdâtres. Ces crachats appartiennent surtout au catarrhe pulmonaire.

73. Tantôt ils sont formés par un fluide muqueux, transparent, très-visqueux, adhérent fortement au vase, traversé par des stries sanguinolentes plus ou moins nombreuses ou intimement combinées avec lui, et dont la couleur varie depuis le jaune légèrement foncé jusqu'à la teinte acajou la

plus intense. Cette espèce de crachats caractérise spécialement l'inflammation aiguë du parenchyme pulmonaire.

74. D'autres fois le produit de l'expectoration est formé soit par un liquide spumeux, incolore, dans lequel sont suspendus de nombreux flocons, ou bien surnagent des plaques purulentes exactement arrondies et plus ou moins rapprochées; soit par un mucus opaque que sillonnent de nombreuses stries, d'un blanc mat, qui proviennent de grumeaux plus ou moins multipliés. Ces différentes variétés annoncent l'existence de tubercules pulmonaires. A un degré plus avancé, les crachats, brusquement expectorés, sont formés par un liquide mal lié, contenant quelquefois des bulles d'air, et ressemblant plus ou moins exactement à du pus. C'est l'expectoration de la dernière période de la phthisie.

75. Il est des cas où les crachats sont expulsés encore plus brusquement et en plus grande quantité à la fois, de telle sorte que les malades semblent les vomir;

c'est ce que l'on observe lorsqu'un épanchement dans la cavité des plèvres s'ouvre tout-à-coup dans les bronches.

76. D'autres fois le produit de l'expectoration est composé de portions de fausses membranes ou de véritables tuyaux albumineux qui ont la forme du larynx, de la trachée-artère ou des bronches. Cette espèce caractérise le croup.

77. Enfin, les crachats peuvent n'être formés que d'un sang pur, tantôt vermeil et tantôt noir, ce qui constitue l'hémoptysie. Lorsque le malade rend ainsi une très-grande quantité de sang à-la-fois, il faut avoir le soin de faire attention si ce phénomène est accompagné de toux et si le sang est spumeux, caractères qui distinguent l'hémoptysie du vomissement de sang.

78. Dans tous ces cas, l'observateur devra constater si les crachats ont de l'odeur, surtout lorsque l'ensemble des symptômes le porteront à soupçonner l'existence d'une gangrène du poumon, d'une excavation tuberculeuse ou d'une collection de pus

qui, de la plèvre, se serait fait jour à travers les bronches.

PHÉNOMÈNES QUI SONT FOURNIS PAR LA PERCUSSION DE LA POITRINE.

79. Pour percuter la poitrine, il faut que le malade soit assis et les bras portés en arrière, si l'on veut examiner la partie antérieure de cette cavité. Pour explorer les régions latérales, les bras seront élevés au-dessus de la tête, tandis qu'au contraire ils seront dirigés en avant, le dos étant un peu voûté, si l'on se propose de pratiquer la percussion en arrière. On procède à cette opération de la manière suivante : les doigts doivent être réunis et tomber perpendiculairement sur le thorax, dont les tégumens auront été préalablement tendus avec la main du côté opposé, puis on percute alternativement des points correspondans de l'un et de l'autre côté de la poitrine avec le même degré de force et sous le même angle d'incidence ; à cet effet, le poignet doit toujours

être souple, afin de ne pas déterminer de douleur. La percussion peut encore se pratiquer en tenant la main allongée et frappant à plat les parois du thorax; mais alors il faut tenir compte du bruit qui résulte du choc de la peau.

80. *État de santé.* Poitrine d'autant plus sonore, que sa cavité a plus de capacité, et que ses parois ont moins d'épaisseur et plus d'élasticité.

La percussion donne un son plus clair sur les parties osseuses couvertes de la peau seulement ou de muscles tendus et peu épais, comme sur les clavicules, dans l'espace de trois pouces au-dessous de ces os, sur le sternum et le voisinage des cartilages, vers le creux de l'aisselle jusqu'à la troisième côte, et en arrière à la réunion de ces os avec les vertèbres, et sur les fosses sus et sous-épineuses, surtout chez les sujets maigres. Le côté gauche et inférieur donne souvent un son éclatant, qui dépend du météorisme de l'estomac.

Le son de la poitrine est plus obscur au

niveau des mamelles, chez la femme, et du grand pectoral, chez l'homme, ainsi que vers la région précordiale, le côté droit et inférieur de la poitrine, et enfin le long des gouttières vertébrales.

81. *État de maladie.* Son obscur, sourd ou complètement mat, pouvant devenir, dans certains cas, plus clair que dans l'état naturel, et donner même lieu à un tintement métallique ou à un simple gargouillement, phénomène qui n'est pas toujours continu et qui s'observe particulièrement au-dessous des clavicules (1).

82. Le son de la poitrine est obscur ou sourd dans le catarrhe pulmonaire intense et dans le premier degré de la pneumonie.

83. Il est mat lorsqu'un liquide est interposé entre les deux feuillets de la plèvre ou dans la cavité du péricarde; quand une production accidentelle est développée dans

---

(1) Voyez nos Recherches à ce sujet, insérées dans la *Revue Médicale ou Journal de Clinique*. Tom. II, pag. 253.

la substance même des poumons, ou n'a fait seulement que refouler ces organes; enfin lorsqu'une tumeur quelconque occupe une partie plus ou moins étendue du thorax.

84. Il est plus clair que dans l'état naturel, quand le poumon contient une plus grande quantité d'air qu'à l'ordinaire, ou lorsque ce fluide élastique est épanché dans les plèvres.

85. Enfin, il détermine un tintement métallique dans les cas d'excavations pulmonaires ou de poches pleurétiques circonscrites, à moitié remplies de liquide et d'air, qu'il existe ou non de communication avec les bronches.

PHÉNOMÈNES QUI SE RAPPORTENT A L'ÉTAT DU COEUR ET DE SES DÉPENDANCES.

86. *État de santé.* Lorsque l'on examine les phénomènes fournis par le cœur chez un homme d'un embonpoint médiocre, et chez lequel cet organe est dans de justes pro-

portions, on observe qu'ils peuvent tous se rapporter à l'étendue des battemens de ce viscère, à l'impulsion qu'ils déterminent, au bruit qui les accompagne, enfin à leur rhythme.

87. *Étendue.* L'application de la main, et mieux celle du stéthoscope, donne la sensation de battemens, dont l'étendue varie selon le côté du cœur où ils s'opèrent.

88. Lorsque ces mouvemens ont lieu dans le ventricule et l'oreillette gauches, ils sont circonscrits entre la cinquième et la septième côte.

89. Lorsqu'au contraire ces battemens sont déterminés par le ventricule et l'oreillette du côté droit, ils se font alors entendre vers la base du sternum, et quelquefois même à l'épigastre, si cet os est court.

90. Ces divers battemens sont limités à un espace de très-peu d'étendue, quand le sujet offre beaucoup d'embonpoint, et, dans ce cas, ils sont bien moins appréciables à la main. Au contraire, ils sont ressentis dans tout le côté gauche du thorax, et

quelquefois même jusque sous la clavicule droite, quand le sujet est maigre et la poitrine étroite.

91. Les battemens du cœur peuvent encore se faire entendre dans un lieu différent de celui où ils existent naturellement; ce qui peut dépendre de la transposition des viscères, si cet état date depuis la naissance.

92. *Impulsion.* Entre les cinquième et septième côtes gauches, dans la région précordiale et à la base du sternum, les battemens du cœur communiquent à l'oreille un choc, qui est d'autant plus fort que le sujet est plus maigre.

93. Ces battemens, examinés au stéthoscope, donnent lieu à un bruit qui s'effectue entre les cartilages des cinquième et septième côtes gauches, lors des contractions du ventricule et de l'oreillette de ce côté, et vers la partie inférieure du sternum, pour celles du côté droit.

Les contractions des ventricules et des oreillettes déterminent chacune un bruit différent.

94. Celui des ventricules est sourd, prolongé, et coïncide avec la diastole artérielle.

95. Le bruit des oreillettes, sensible sous les clavicules, est, au contraire, sonore, clair, brusque et analogue au claquement d'une soupape de soufflet; il devient sourd lorsque les plèvres ou les bords antérieurs des poumons se prolongent au-devant du péricarde.

96. Le son que produisent les contractions des ventricules et des oreillettes est susceptible d'être entendu dans les diverses régions du thorax, lorsque les parois du cœur ont peu d'épaisseur.

97. *Rhythme.* Les différens mouvemens du cœur s'opèrent selon un ordre déterminé, ce qui constitue le rhythme. Chaque contraction des ventricules coïncide avec la diastole artérielle et donne lieu à un bruit sourd; elle est suivie d'un son éclatant, mais plus court, qui est dû à la contraction des oreillettes, et auquel succède un moment de repos.

98. *État de maladie. Étendue.* Les batte-

mens du cœur se font quelquefois entendre dans une surface plus grande que celle que nous venons d'indiquer; ils deviennent alors facilement appréciables, d'abord dans le côté gauche de la poitrine, depuis l'aisselle jusqu'à la région de l'estomac, ensuite dans la même étendue du côté droit, et dans la partie postérieure du côté gauche : ils ne le sont que très-rarement dans la même région du côté droit.

99. Cette possibilité de sentir les battemens du cœur dans ces différens points, indique constamment une diminution d'épaisseur des parois de cet organe, et spécialement celle des ventricules. Elle annonce également une faiblesse ou une dilatation de ce viscère, qui, dans ce dernier cas, vient frapper le sternum par une large surface.

100. L'étroitesse du thorax, la maigreur, l'hépatisation des poumons, ou la présence de corps étrangers dans leur intérieur, des excavations à parois compactes, l'existence d'épanchemens liquides ou ga-

zeux, les palpitations, la fièvre, en un mot, toutes les causes qui accélèrent la circulation, peuvent donner lieu aux mêmes effets.

101. Tantôt, au contraire, les battemens du cœur ne se font entendre que dans un espace très-circonscrit, ce qui s'observe beaucoup moins fréquemment que le cas précédent. Ce peu d'étendue des mouvemens du cœur coïncide avec une augmentation d'épaisseur de ses parois.

102. Les battemens du cœur peuvent se faire sentir plus fortement à droite ou à gauche, plus haut ou plus bas qu'à l'ordinaire. Ces divers effets résultent de la présence d'un liquide ou d'une tumeur dans un des côtés du thorax, dans le médiastin ou dans la cavité de l'abdomen; enfin, il arrive quelquefois que les battemens de cet organe varient de siége, et qu'ils s'opèrent tantôt dans un point et tantôt dans un autre.

103. *Impulsion.* L'impulsion des battemens du cœur peut exister depuis le plus faible degré jusqu'au choc le plus violent. Cette

percussion est d'autant plus forte et d'autant moins étendue, que les parois des ventricules ont acquis plus d'épaisseur ; c'est le signe pathognomonique de l'hypertrophie. Elle communique à la tête de l'observateur une secousse qui est facilement aperçue à quelque distance, et qui est d'autant plus lente, que l'épaisssissement du cœur est plus considérable.

Toutes les causes qui augmentent l'activité de la circulation, telles que la marche, la course, la fièvre, etc., peuvent momentanément déterminer cet état ; les causes opposées, comme la saignée, etc., produisent un effet contraire : aussi, lorsque l'on veut examiner un malade, faut-il attendre qu'il soit dans un calme parfait.

104. La diminution de l'impulsion des battemens du cœur n'est jamais aussi marquée que son augmentation. Elle dépend de la faiblesse de ce viscère ou du peu d'épaisseur de ses parois, et elle s'observe simultanément avec l'étendue de ses contractions.

La gêne de la respiration, la difficulté de la circulation pulmonaire, le dernier degré de l'hypertrophie et certaines affections morales, peuvent également la produire.

105. *Bruit.* Le bruit déterminé par les battemens du cœur peut être moindre que dans l'état ordinaire : on l'observe lorsque son tissu a acquis une augmentation d'épaisseur. Mais si cette diminution existe avec une impulsion faible, alors c'est un signe qui peut faire présumer le ramollissement de cet organe.

106. Les contractions des oreillettes ou des ventricules peuvent aussi, et c'est le plus ordinaire, déterminer un bruit plus clair et plus sonore que dans l'état naturel, ce qui annonce l'amincissement des parois du cœur. Le lieu où le bruit se fait entendre indique le côté qui en est le siége, et le moment où il s'opère annonce s'il a lieu dans l'oreillette ou dans le ventricule.

Les battemens du cœur produisent encore d'autres bruits qui n'ont point d'ana-

logues dans l'état sain, mais dont il faut avoir connaissance pour bien observer les phénomènes nombreux que nous fournit l'exploration de ce viscère. On peut les rapporter aux suivans :

107. *Bruit de soufflet*. Ce bruit, dont le le nom suffit pour en indiquer les caractères, et qui paraît ne dépendre d'aucune altération de structure du cœur, peut accompagner les contractions des oreillettes, des ventricules et des artères. Il peut être continu ou intermittent : le plus léger mouvement, la plus faible cause suffit pour le faire reparaître lorsqu'il a cessé. On l'observe davantage chez les sujets nerveux et chez ceux qui sont sous l'influence d'une disposition hémorrhagique, sans qu'il existe pour cela le moindre signe de maladies du cœur ; d'autres fois, au contraire, il coïncide avec des affections de ce viscère.

108. *Bruit de râpe*. Ce bruit, qui peut être plus ou moins sensible, s'opère dans l'instant où l'une des parois des cavités du cœur se contracte. Dans son principe, la

contraction de l'oreillette ou du ventricule est plus prolongée que dans l'état naturel, et donne lieu à un son dur, âpre et comme étouffé.

109. Ce bruit annonce le rétrécissement des orifices par des ossifications, des endurcissemens cartilagineux ou par des végétations des valvules. Le lieu et le moment où il se fait entendre indiquent l'orifice affecté. S'il coïncide avec la contraction des ventricules, le rétrécissement existe sur les valvules sygmoïdes; si, au contraire, il s'effectue lors de la contraction des oreillettes, il occupe l'orifice auriculo-ventriculaire.

110. *Craquement de cuir.* M. Collin, qui a le premier observé ce bruit, paraît le considérer comme pouvant faire présumer l'existence de la péricardite.

111. *Rhythme.* La contraction des ventricules peut se prolonger au-delà de son terme ordinaire, et la durée du repos qui lui succède être également plus longue : elle annonce leur hypertrophie, qui est

d'autant plus considérable, que la contraction est elle-même plus prolongée.

Cette contraction peut être plus rapide, et le repos qui la suit plus court : cette variété, qui existe tantôt avec la vitesse, tantôt avec la rareté du pouls, n'indique aucun état pathologique.

112. La contraction des oreillettes présente rarement cette augmentation de durée ou de ralentissement ; elle peut cependant anticiper sur celle du ventricule, comme on l'observe dans quelques palpitations, et le bruit qui en résulte être entièrement masqué par celui de ce dernier, ainsi que cela a lieu dans l'hypertrophie portée au dernier degré.

113. Une contraction du ventricule peut s'opérer contre deux ou trois de l'oreillette, ou une de l'oreillette contre deux du ventricule, sans dépasser pour cela le temps nécessaire pour une contraction ordinaire. Ces divers phénomènes n'indiquent rien de particulier ; le pouls ne participe même pas à ces anomalies.

114. Tantôt plusieurs contractions égales sont suivies d'un ou de plusieurs battemens plus courts et plus vifs, ou bien d'un repos sensible, ce qui constitue l'intermittence, et doit être regardé comme un signe de maladie; tantôt les contractions du cœur sont tellement fréquentes et irrégulières, qu'il est impossible de les analyser; constamment alors on trouve quelqu'affection organique.

115. Outre l'exploration du cœur, il faut encore ausculter la région sternale et les premières côtes droites, pour s'assurer s'il n'existe pas des battemens déterminés par l'anévrysme de la crosse de l'aorte, et explorer la région du dos, pour reconnaître l'état de l'aorte pectorale descendante.

116. *Du pouls.* Après l'examen du cœur il nous semble naturel de terminer ce que nous avons à dire relativement à la circulation, par l'exposition des diverses variétés que peut offrir le pouls, quoique cependant ces détails n'appartiennent pas plus aux

maladies de la poitrine qu'à celles de toute autre cavité.

117. *Mode d'exploration du pouls.* L'observateur doit attendre que l'émotion produite par sa présence soit dissipée; puis il tâte le pouls aux poignets, aux tempes, à l'angle de la mâchoire inférieure, sur les parties latérales du col, aux cuisses et sur toutes les artères d'un certain calibre, pourvu qu'elles soient situées superficiellement. Après s'être assuré que le cours du sang n'est interrompu, dans le bras, par aucun vêtement étroit ou par des ligatures, il prend le poignet du malade, qui doit être assis ou couché, de manière à ce que tout le poids de son corps ne porte pas plus d'un côté que de l'autre ; le bras étant alors placé dans l'extension, et l'avant-bras dans la pronation, de telle manière que ce dernier puisse appuyer sur son bord cubital, tandis que le bord radial est un peu élevé, l'observateur explore l'artère avec la main opposée à celle du malade.

118. Les quatre derniers doigts doivent

être placés parallèlement sur la même ligne et porter tous sur l'artère radiale, l'index étant du côté du poignet, tandis que le pouce est appliqué sur la face dorsale de la main et fournit un point d'appui aux autres doigts. C'est le petit doigt, qui n'appuie que légèrement sur le vaisseau, qui doit recevoir le premier l'impulsion du sang; les autres, pendant ce temps, compriment plus ou moins fortement l'artère. L'on reste dans cet état pendant une minute ou deux, et l'on a soin d'examiner tour-à-tour les deux bras. L'aorte abdominale et les crurales peuvent être explorées à l'aide du stéthoscope, avec lequel on entend fort bien le passage du sang dans ces vaisseaux. Il convient, en général, de se servir d'une montre à secondes pour évaluer avec exactitude le nombre de pulsations qui ont lieu dans un temps marqué.

119. *État sain.* Le pouls, dans l'état de santé, est égal, régulier, souple, sans lenteur ni fréquence, et d'une force modérée.

Ses pulsations varient à raison de l'âge,

du tempérament, du sexe, de la stature, de l'idiosyncrasie, et d'une foule de circonstances particulières. Dans les premiers mois de la vie, le nombre des battemens artériels est de cent quarante par minute; à la deuxième année, il est de cent; lors de la puberté, il est réduit à quatre-vingts; on n'en compte plus que de soixante à soixante-quinze chez l'adulte, et enfin cinquante à soixante chez le vieillard. Le pouls est généralement plus fréquent chez les femmes et les sujets nerveux; il s'accélère après les repas et l'exercice, pendant la grossesse ou lors de quelque émotion vive; il se ralentit, au contraire, par le repos, la diète et les évacuations sanguines.

Le pouls pouvant encore offrir des variétés dans sa durée et sa succession, l'observateur doit toujours en avoir connaissance, afin de ne pas attribuer à quelque maladie un état qui en est tout-à-fait indépendant.

120. *État de maladie.* Le pouls peut être vite ou lent, fort ou faible, grand, petit,

serré, dur, résistant, mou ou dépressible, ce qui exige, pour en mesurer le degré, une pression plus ou moins forte de l'artère. Le pouls peut être encore fréquent ou rare, régulier ou irrégulier, et, dans ce dernier cas, il peut offrir des intermittences qui coïncident alors avec la contraction des oreillettes; il peut être égal ou inégal, distinct ou confus, filiforme ou insensible.

En général, plus l'artère est grosse, plus le pouls est fort; aussi faut-il faire attention à cette cause lorsque le pouls est plus fort à un bras qu'à l'autre. La force du pouls diminue généralement lorsqu'il existe une tumeur développée dans le voisinage d'une artère, comme on l'observe dans l'anévrysme de l'aorte pectorale, où la sous-clavière se trouve comprimée contre les parois du thorax.

121. Les veines peuvent, dans quelques cas, être le siége de battemens isochrones à ceux du pouls, ainsi que cet effet a lieu pour les jugulaires, dans lesquelles le sang reflue quand il existe un anévrysme des ca-

vités droites; dans ce cas, les pulsations peuvent même être senties jusqu'à la partie supérieure du col. La communication entre deux vaisseaux adossés, une artère et une veine, détermine souvent aussi le même résultat.

Il est encore deux autres moyens à l'aide desquels on peut arriver à une connaissance plus intime des maladies de la poitrine; je veux parler de la mensuration et de la succussion.

122. *Mensuration.* Le malade étant assis ou debout, les membres supérieurs pendans sur les côtés, on mesure avec un cordon la circonférence de la poitrine dans quelques-uns de ses points; puis après avoir partagé cette longueur en deux parties égales, on examine quels sont les rapports de cette dernière mesure avec un autre cordon que l'on applique tour-à-tour sur chaque côté du thorax, en partant d'une des apophyses épineuses des vertèbres, à la partie moyenne du sternum. De cette manière on apprécie exactement le degré de

dilatation ou de rétrécissement de chaque côté de la poitrine.

123. Il suffit, pour éviter toute erreur, de se rappeler que dans l'état de santé il est rare que les deux côtés du thorax présentent parfaitement la même capacité, et que chez les sujets qui ont été atteints de pleurésie intense, le côté resté sain acquière plus de développement, tandis que celui qui a été le siége de la pleurésie se rétrécit, devient plus court et s'aplatit; l'épaule est alors plus basse, le flanc plus creusé, les muscles pectoraux plus amaigris. Souvent, chez les phthisiques, les premières côtes sont déprimées par suite de l'adhérence des plèvres.

124. La poitrine est dilatée dans les cas d'épanchemens liquides ou gazeux dans la cavité des plèvres ou du péricarde, dans le développement considérable des organes du thorax, ou dans celui de tumeurs accidentelles. Elle est rétrécie dans certains vices de conformation innés et dans les pleurésies guéries, comme nous venons de le dire.

125. *Succussion.* De petites secousses brusques imprimées au tronc déterminent un bruit semblable à celui qui se fait entendre quand on secoue une bouteille à demi-pleine.

Ce bruit s'observe dans les épanchemens thoraciques de gaz et de liquide combinés entre eux selon des proportions particulières.

126. Lorsqu'un malade qui est couché se relève brusquement, ce mouvement détermine quelquefois un bruit semblable à celui que produit une goutte d'eau tombant dans une carafe aux trois quarts vide. Ce phénomène annonce un épanchement gazeux et liquide dans la cavité des plèvres.

127. Enfin, dans les maladies de la poitrine, on doit porter une attention spéciale à la coloration de la face, à son état de bouffissure ou d'amaigrissement, à l'aspect des lèvres, à l'habitude extérieure de l'un et l'autre côté du corps, et au mode de répartition de la chaleur dans les extrémités. Nous aurons occasion de revenir sur ces

différens points, en parlant des maladies de cette cavité.

MÉTHODE D'OBSERVATION RELATIVE AUX MALADIES DE L'ABDOMEN.

La cavité abdominale renfermant un grand nombre d'organes dont les fonctions et les sympathies sont tout-à-fait différentes les unes des autres, il nous est impossible de comprendre dans le même cadre les divers moyens d'exploration à l'aide desquels on peut parvenir à tracer d'une manière complète l'histoire des maladies dont ces organes peuvent être affectés : ce n'est qu'en traitant de chacune d'elles en particulier, que nous pourrons entrer dans tous les détails que nécessite leur étude. Ici, nous devons nous borner à un mode d'examen général, qui puisse s'appliquer à l'ensemble de l'abdomen, et fournir à l'observateur des données suffisantes pour le mettre sur la voie d'un exposé exact de la maladie dont il veut prendre l'observation.

128. *Abdomen dans l'état sain.* Le volume et la forme de l'abdomen présentent quelques variétés, selon l'âge, le sexe et la nature du tempérament des personnes chez lesquelles on l'examine. Dans l'enfance, le volume du ventre est considérable; ses parois ont beaucoup d'épaisseur, et sa forme est arrondie, particulièrement dans sa région inférieure : à mesure que le sujet avance en âge, le volume du ventre diminue. Chez l'adulte, il ne présente aucune saillie, à moins d'obésité ou de disposition particulière déterminée par le tempérament. Chez l'homme, il offre un aplatissement beaucoup plus marqué que chez la femme, où, après des grossesses répétées, il devient brusquement bombé dans la région hypogastrique. Les individus doués des signes physiques du tempérament sanguin ont, en général, le ventre peu volumineux; mais si le tempérament lymphatique se combine au précédent, alors il devient susceptible d'un degré d'accroissement considérable. Au contraire, les per-

sonnes d'un tempérament nerveux ont le ventre petit et ordinairement resserré; enfin chez celles qui font usage d'une grande quantité d'alimens, les viscères abdominaux acquièrent un grand développement, et l'abdomen devient très-volumineux.

129. *Manière d'explorer l'abdomen.* Le malade étant couché sur le dos, le ventre à découvert, la tête penchée sur la poitrine et soutenue par des oreillers, les bras étant tendus sur les parties latérales du corps, on fait fléchir les cuisses et les jambes, de telle sorte que les muscles abdominaux soient dans le plus grand relâchement possible, puis l'on procède de la manière suivante à l'examen du ventre. Si l'on a pour but de constater sa température, on commence par reconnaître le degré de chaleur des autres régions du corps, et ce n'est qu'ensuite que l'on pose les mains sur l'abdomen. Si, au contraire, l'on se propose d'étudier son mode de sensibilité, l'on applique largement la main sur la partie moyenne du ventre, et on la promène suc-

cessivement sur toutes ses régions, en exerçant une pression modérée, mais croissante, et en ayant le soin, pendant ce temps, de regarder le visage du malade, dont les traits viendront bientôt décéler la douleur, si le ventre est sensible. Enfin, si l'on veut reconnaître la présence d'un liquide dans cette cavité, après avoir fait tendre les muscles abdominaux, lorsque le malade ne peut sortir de son lit, ou mieux, si cela est possible, après lui avoir fait tenir la position verticale, ce qui facilite le mouvement du fluide, on applique assez fortement la main sur les parois du ventre, tandis qu'avec l'extrémité des doigts de l'autre on percute le point opposé. Dans le cas où il ne s'agit que de météorisme, on a recours seulement à la percussion exercée avec un ou deux doigts.

130. *Abdomen dans l'état de maladie.* Les différentes modifications fournies par l'abdomen consistent dans l'aspect de cette région du corps, considérée sous le point de vue de sa forme et de son volume; dans sa

température, dans son mode de sensibilité ou de dureté, dans les résultats qu'il fournit à la percussion, et enfin dans les changemens qui surviennent dans les diverses sécrétions des organes qu'il renferme, ou dans les phénomènes sympathiques que les troubles de ces mêmes organes peuvent entraîner à leur suite.

131. *Forme et volume du ventre.* L'augmentation de volume du ventre peut être générale ou partielle, bornée à l'épigastre, aux hypochondres (1), à la région ombilicale, à celle des lombes, à l'hypogastre, enfin à l'une ou l'autre des fosses iliaques; elle peut être l'effet de l'accumulation de

---

(1) Lorsqu'il existe un développement des hypochondres, l'observateur doit s'assurer s'il est dû à l'éloignement de l'extrémité antérieure des côtes et du bord inférieur du thorax, qui sont alors déjetés en-dehors et en bas, ou s'il dépend seulement d'une augmentation dans la courbure de ces arcs osseux. Dans le premier cas, c'est la cavité abdominale qui est réellement dilatée; dans le second, c'est la poitrine.

divers fluides, ou de la présence de tumeurs développées dans cette cavité, ainsi que nous en parlerons tout-à-l'heure, en nous occupant de sa dureté et de la percussion. Il peut, au contraire, être plus ou moins rétracté sur lui-même, et c'est alors vers l'ombilic, ou quelquefois vers l'épigastre, que l'on observe cet effet, qui coïncide généralement avec des affections nerveuses de l'abdomen, et notamment avec la colique saturnine.

132. *Température.* La chaleur de la peau qui recouvre l'abdomen varie à l'infini; son examen devient très-utile à l'étude des maladies des organes qui y sont contenus, en ce qu'elle indique assez généralement l'état inflammatoire de ceux qui sont placés immédiatement au-dessous d'elle.

Relativement à sa nature, elle peut être sèche, halitueuse ou mordicante; lorsqu'elle est répandue dans toute l'étendue du ventre, elle accompagne le plus ordinairement alors la péritonite. Son degré d'élévation donne une mesure assez exacte de l'intensité de

la phlegmasie. L'abaissement de température des tégumens ne paraît pas, à beaucoup près, avoir une liaison aussi intime avec les affections abdominales que son augmentation; cependant il est bon de ne pas le passer sous silence, dans le cas où il existerait.

133. *Sensibilité.* Pour juger de la sensibilité de l'abdomen, non-seulement il faut questionner le malade, mais encore exercer une pression sur les divers points de cette cavité, car il arrive assez souvent que le ventre est indolent lorsqu'il n'est point comprimé. La pression abdominale doit être pratiquée superficiellement ou profondément, selon que l'on se propose d'étudier la sensibilité, dans les parois du ventre ou dans les organes qu'il renferme. Elle peut être perpendiculaire ou oblique, c'est-à-dire exercée directement sur les points où appuient les doigts, ou ne se faire sentir que dans une partie située sous un autre plan. C'est ainsi qu'en comprimant l'épigastre de haut en bas, on obtient des

effets tout différens de ceux qui résultent de la pression verticale de cette région, l'une étant dirigée sur l'estomac, l'autre sur le colon transverse. L'observateur doit noter avec soin quelle espèce de douleur la pression fait naître ; il doit l'explorer à l'épigastre, où elle donne l'état de la sensibilité du colon et de l'estomac, selon le sens dans lequel elle est dirigée ; à la région ombilicale, où elle fait connaître celle des intestins grêles et des ganglions mésentériques ; vers les lombes, entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, où elle indique l'inflammation du colon ascendant et descendant et des reins ; vers l'hypogastre, où elle peut coïncider avec une cystite ou une métrite ; vers les régions iliaques, où elle fait soupçonner, pour le côté droit, la phlegmasie de l'iléon ou du cœcum, et pour le côté gauche, celle du colon descendant, ou enfin l'inflammation des annexes de l'utérus, surtout si la douleur est consécutive à l'accouchement. Lorsqu'elle est générale et excessivement vive, elle

caractérise alors la péritonite. Dans tous ces cas, on doit toujours tenir compte de l'état de la température de ces diverses régions, et l'indiquer comparativement avec celui de la sensibilité.

La pression peut, au contraire, ne développer aucune augmentation de la sensibilité, ou même faire cesser la douleur lorsqu'elle existe. Alors on n'observe point ordinairement de chaleur, ou bien les symptômes généraux sont portés au plus haut degré. Enfin on doit tenir compte de l'état des fonctions du cerveau, dont les maladies ont une si puissante influence sur la perception de la douleur.

134. *Dureté.* La dureté de l'abdomen peut être générale ou locale. Dans le premier cas, elle constitue la rénittence et accompagne ordinairement la péritonite. Dans cet examen du plus ou moins de dureté du ventre, il faut toujours faire attention, lorsque la pression n'est point trop douloureuse, si les mouvemens que l'on imprime aux parois abdominales déplacent

en même temps les intestins dans une étendue plus ou moins grande, ce qui est un signe d'adhérences, et par conséquent une preuve d'ancienne péritonite.

Des tumeurs peuvent occuper les diverses régions du ventre et lui donner une dureté considérable. Dans ce cas, il faut redoubler de soin et interroger en détail les différens organes. Il faut passer en revue toutes les fonctions qui s'y rapportent, et les examiner avec scrupule, car le diagnostic des tumeurs est généralement obscur et ne peut s'éclaircir que par des recherches fort exactes.

135. *Percussion.* La percussion de l'abdomen, pratiquée dans ses diverses régions, peut fournir des résultats différens.

Tantôt elle détermine un bruit qui résonne comme celui du tambour, ce qui indique l'accumulation de gaz dans la cavité du péritoine ou dans les intestins. On reconnaît que l'épanchement gazeux existe dans le péritoine, à ce que le stéthoscope, appliqué sur le point qui produit le son tym-

panique, fait entendre à l'oreille, lorsqu'on percute en même temps le ventre légèrement et avec l'ongle, un bruit très-clair qui paraît formé par la réunion du son tympanique avec celui qui résulterait de la résonnance d'une cruche vide frappée avec l'extrémité du doigt.

Tantôt la percussion ne donne lieu qu'à un son obscur ou tout-à-fait mat; et si une main est alors appliquée sur le ventre, tandis qu'avec l'autre on percute un point de cette cavité, la première reçoit une impulsion ou choc, qui lui est communiqué par la fluctuation d'un liquide épanché dans le péritoine.

Dans le cas d'un épanchement liquide dans le péritoine, l'observateur recherchera si la fluctuation est sensible dans toutes les parties de l'abdomen, ce qui dénoterait une ascite, ou si elle n'est bornée qu'à une seule de ses régions, ce qui serait un signe d'hydropisie enkystée.

Si le ventre donne, à sa portion la plus saillante, un son tympanique lorsque le

malade est couché, tandis que, quand il est debout, le son devient mat dans les parties déclives, c'est une preuve de la coexistence du météorisme intestinal avec l'hydropisie ascite, les intestins, en vertu de leur plus grande légèreté, occupant alors les régions supérieures.

Enfin, lorsque l'hydropisie est considérable, si la portion la plus saillante du ventre détermine de la fluctuation, tandis que les parties latérales, vers lesquelles les intestins viennent se placer, fournissent, au contraire, un son tympanique, on peut croire à l'existence d'une hydropisie enkystée.

136. *Produit des sécrétions et des excrétions.* Les diverses modifications qui surviennent dans ces produits, considérées comme moyens de diagnostic des maladies de l'abdomen, se bornent principalement à la matière des vomissemens, aux excrétions alvines et à la nature des urines. C'est alors que l'observateur doit apporter plus de soin à l'exploration du tube digestif,

du foie, des voies urinaires et des différentes fonctions auxquelles ces organes concourent.

137. *Vomissemens.* Le produit des vomissemens peut être plus ou moins liquide et déterminer une vive chaleur le long de l'œsophage ou à la gorge. Le plus ordinairement il est formé par de la mucosité, par une bile verdâtre ou jaunâtre, par un fluide incolore et aqueux, par du sang, par une matière noirâtre, brunâtre, pultacée, enfin par les féces. Les vomissemens peuvent être excessivement abondans ou fréquens, habituels ou accidentels, et s'accompagner d'accidens généraux variés.

138. *Déjections alvines.* Les déjections alvines sont tantôt liquides, pultacées, ou plus dures que dans l'état naturel, et comme ovillées; tantôt composées, en grande partie, de bile, de mucosité, de sérosité, de sang intimement combiné, ou contiennent seulement du pus, des lambeaux de membranes, des calculs et différentes espèces de vers; enfin on trouve souvent du sang

répandu à leur surface. D'autres fois, elles sont incolores et grisâtres, d'une fétidité cadavéreuse, et déterminent à leur passage des douleurs plus ou moins vives dans la partie inférieure du rectum et à l'anus.

139. *Urines.* Les urines sont aqueuses, troubles, jumenteuses, visqueuses, purulentes, sanguinolentes, contenant des portions de membranes, des graviers ou des calculs ; leur couleur peut être d'un jaune citrin ou safrané, d'un rouge plus ou moins foncé, ou seulement orangé ; quelquefois elles ont une odeur ammoniacale très-développée. Dans certains cas, elles contiennent une matière sucrée, et alors elles sont très-abondantes ; elles peuvent enfin être froides ou brûlantes, et s'accompagner, lors de leur émission, de douleurs au col de la vessie ou dans l'urèthre.

Lorsqu'on laisse reposer les urines pendant quelque temps, on voit se former à leur superficie une espèce de pellicule qui surnage à leur surface ; souvent aussi on observe un nuage suspendu dans le liquide,

ainsi qu'un dépôt ou *sédiment* qui se précipite au fond, et qui tantôt est blanchâtre, grisâtre, rosé, briqueté, brun, noir, tantôt est muqueux, floconneux, purulent, sablonneux, etc.

L'importance que beaucoup de médecins attachent aux déjections alvines et aux urines, sous le point de vue des crises, fait un devoir à l'observateur de tenir un compte exact des changemens qu'elles peuvent offrir dans le cours de la maladie qu'il étudie, et particulièrement aux époques critiques; c'est le moyen de constater le degré de valeur de cette opinion.

140. *Phénomènes sympathiques.* Comme nous aurons fréquemment l'occasion de revenir sur ces différens phénomènes, et comme ils varient selon l'organe affecté, nous n'en traiterons qu'à l'article des maladies auxquelles ils se rapportent.

Enfin, nous ne terminerons pas l'étude des méthodes d'exploration relatives aux maladies des trois cavités splanchniques, sans recommander à l'observateur de leur

prêter une attention d'autant plus sévère, qu'elles seront plus graves, ou qu'il existera quelque complication. Dans tous ces cas, on ne doit jamais se contenter de la seule investigation de la cavité qui renferme l'organe malade, mais il faut toujours rechercher si ceux qui sont contenus dans les autres cavités ne le sont pas. C'est de cette manière seulement que l'on peut espérer de recueillir des faits complets et exacts.

141. Les maladies dont le siége n'est point dans l'une des trois cavités splanchniques, celles qui ne sont propres à aucun système en particulier, mais qui affectent toute l'économie, et que l'on appelle générales, enfin celles qui sont fixées sur la face, le tronc ou les membres, et qui consistent dans la lésion de quelqu'un des tissus généraux, tels que le tissu muqueux, cutané, cellulaire, vasculaire, musculaire, fibreux, synovial, fibro-cartilagineux nerveux et osseux, seront étudiées à l'aide des moyens que nous avons indiqués, en

traitant de la *Méthode d'observation en général*, et de cette même méthode appliquée aux *Maladies de la tête, de la poitrine et de l'abdomen*. Dans ces différens cas, toutes les fois que le point de départ des phénomènes pathologiques ne sera pas aussi évident que dans la phlegmasie de la peau, par exemple, l'observateur devra le rechercher avec plus de soin dans les trois grandes cavités; et si, pendant la vie, la cause du trouble général a échappé à sa scrupuleuse investigation, du moins après la mort en retrouvera-t-il presque constamment, dans les organes, des traces non équivoques, qui viendront donner à ses observations un tout nouvel intérêt.

DEUXIÈME PARTIE.

DIAGNOSTIC

ET

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE

ET DE SES DÉPENDANCES.

FONGUS DE LA DURE-MÈRE.

142. *Caractères diagnostiques.* Maladie rare, propre à tous les âges, n'occasionant quelquefois aucun phénomène pathologique, ou n'ayant que des signes très-incertains, susceptible à peine d'être reconnue lorsque, chez un sujet atteint de syphilis ancienne, ou à la suite d'une contusion du crâne, de violentes céphalalgies gravatives ou lancinantes, continues ou intermit-

tentes, accompagnées ou non de symptômes cérébraux, épileptiformes, comateux ou paralytiques, sont suivies, au bout d'un temps assez long, de l'apparition d'une tumeur, dont le siége occupe ordinairement la voûte ou la base du crâne, quelquefois même l'orbite, et qui présente les caractères suivans : tumeur plus ou moins dure, indolente ou très-douloureuse, faisant des progrès peu rapides, offrant des pulsations de soulèvement, pouvant être quelquefois réduite en partie ou en totalité, et permettant alors de sentir les bords de l'ouverture qui lui a donné passage, lesquels sont irréguliers et couverts d'aspérités. Cette tumeur donne lieu à des symptômes paralytiques ou comateux lorsqu'on la comprime de haut en en-bas, de manière à exercer une pression sur le cerveau ; elle ne développe, au contraire, que de la douleur, ou même aucun effet particulier, lorsque la compression ne porte que sur elle, sans agir sur l'encéphale. Quelquefois les accidens cérébraux diminuent

sensiblement ou cessent complètement lorsque le fongus s'est fait jour hors du crâne.

143. Cette maladie peut être confondue, dans sa première période, avec toutes les dégénérescences du cerveau ou de ses enveloppes, et, dans la seconde, avec l'encéphalocèle, avec des végétations vasculaires de la dure-mère, consécutives à des blessures, avec des abcès, avec certaines loupes, enfin avec l'anévrysme des artères temporales et occipitales.

144. *Caractères anatomiques.* Tumeurs fibreuses, souvent traversées par de nombreux vaisseaux sanguins très-développés, présentant quelquefois des points de ramollissement ou de dégénérescence, avec du sang épanché dans son tissu, pouvant être uniques ou multiples, enkystées, circonscrites, plus ou moins irrégulières, aplaties lorsqu'elles n'ont point encore fait issue à travers le crâne, ou, dans le cas contraire, ayant la forme d'un champignon, dont le pédicule correspond à l'ouverture pratiquée à cette boîte osseuse. La portion d'os en

contact avec le fongus est ordinairement le siége d'une érosion qui s'observe surtout à sa face interne; souvent il existe des aspérités qui pénètrent dans la tumeur et sont la cause des violentes douleurs qui s'y font ressentir.

ENCÉPHALOCÈLE.

145. *Caractères diagnostiques.* Tumeur arrondie, molle, sans changement de couleur à la peau, peu ou point douloureuse, offrant des pulsations isochrones à celles du pouls, diminuant ou disparaissant complètement sous la pression, augmentant par les cris, la toux, l'éternuement et l'expiration forcée, ne s'accompagnant, en général, d'aucun symptôme cérébral, à moins de complication, s'observant de préférence chez les enfans, et surtout chez les nouveau-nés, existant alors vers les fontanelles et les sutures dont l'ossification a été tardive, pouvant également avoir lieu à tous les autres âges de la vie, à la suite de carie du crâne ou de plaies avec perte

de substance des os, déterminant des phénomènes comateux, paralytiques et quelquefois spasmodiques lorsqu'on la comprime fortement dans quelque sens que ce soit; enfin laissant distinguer au toucher les bords de l'ouverture qui existe à sa base.

146. *Caractères anatomiques.* L'encéphalocèle congéniale est le plus ordinairement formée par le cerveau, rarement par le cervelet; elle est renfermée tantôt dans les méninges et tantôt dans les seuls tégumens du crâne, les premières ayant été détruites; souvent alors il existe des altérations variées de la pulpe cérébrale ou des épanchemens de diverse nature dans le sac qui contient la tumeur. Dans l'encéphalocèle accidentelle la dure-mère est plus ou moins épaissie et altérée, quelquefois même elle est adhérente au cuir chevelu; le cerveau est alors presque toujours sain.

INFLAMMATION DE LA DURE-MÈRE.

147. *Caractères diagnostiques.* Cette inflammation est très-rare, à moins qu'elle ne soit le résultat de contusions fortes du crâne, de fractures ou de plaies avec perte de substance de ces os. Elle donne lieu à une céphalalgie violente qui se complique souvent avec l'arachnitis, l'encéphalite ou les épanchemens sanguins. Elle s'accompagne, dans le plus grand nombre des cas, d'une paralysie dont les progrès sont gradués, qui a été précédée de frissons, et dans laquelle on n'a point observé de délire, ni de phénomènes spasmodiques préalables. Cette paralysie porte sur un des côtés du corps, opposé ordinairement à celui où existe la contusion. Elle est plus ou moins partielle, selon que l'épanchement purulent couvre une surface plus ou moins étendue. Lorsque le crâne est fracturé et qu'il existe un intervalle sensible entre les fragmens osseux, le pus se fait

jour à travers. Si la plaie est avec perte de substance, et que la dure-mère soit mise à nu, il est facile de constater son inflammation par la présence de bourgeons celluleux et vasculaires qui se montrent à sa surface, et par le pus qui s'en écoule.

148. *Caractères anatomiques.* Rougeur plus ou moins intense, souvent tirant sur le brun ou le violacé, avec développement de végétations vasculaires, qui se réunissent quelquefois à de semblables existant sur l'os ou sur les tégumens enflammés, et passent, dans certains cas, à l'état cartilagineux ou osseux; épaississement et quelquefois exfoliation de cette membrane; présence de pus sur sa surface, surtout vers les parties latérales et inférieures où ce liquide se réunit.

ARACHNITIS CÉRÉBRALE.

Cette inflammation présente des signes diagnostiques variables selon que son siége

a lieu sur la convexité, à la base du cerveau, ou dans les ventricules, et qu'elle est aiguë ou chronique. Nous allons l'examiner dans l'un et l'autre de ces cas.

149. *Caractères diagnostiques de l'Arachnitis de la convexité.* Âge de 15 à 40 ans; causes exerçant une action directe sur la tête, telles que contusion du crâne, ustion, insolation, érysipèle du cuir chevelu, ou prédisposant par leur nature au développement d'inflammations, comme suppression de flux sanguin, abus de boissons spiritueuses, coïncidence de phlegmasies de toutes les autres séreuses. Début par une céphalalgie dont le siége est variable, qui devient bientôt violente, coexiste avec une chaleur vive de la tête, une coloration de la face et une injection des conjonctives; quelquefois à cette époque, vomissemens spontanés, se répétant ordinairement après l'ingestion des liquides, et existant sans aucun signe de gastrite; état d'agitation ou d'inquiétude, augmentation de l'irritabilité de la vue,

mobilité de l'œil, parole brève, prononciation un peu altérée, mémoire infidèle, mouvemens brusques, fièvre concomittante. Plus tard, délire remplaçant la céphalalgie, se liant le plus ordinairement à l'état de réaction générale du sujet, offrant des formes très-variées, cessant quelquefois par instant, et la céphalalgie reparaissant alors, s'accompagnant de mouvemens désordonnés, mais cependant volontaires, déterminant un état d'ivresse et de stupeur de la face, un air hébêté ou une diminution générale de la sensibilité. Enfin, l'arachnitis de la convexité présente une troisième période caractérisée par le passage gradué du désordre intellectuel à un anéantissement, à une suspension plus ou moins complète des facultés mentales et de la sensibilité générale, ainsi qu'à un état d'immobilité des pupilles; ce coma se joint ordinairement à un trismus, moins souvent à des soubresauts des tendons dans l'un ou l'autre bras, ou bien à une rigidité des muscles avec ou sans con-

vulsions, portant alors sur les deux côtés du corps et de préférence sur les membres supérieurs; à ces différens symptômes succède une résolution générale qui bientôt est suivie de la mort. L'inflammation de l'arachnoïde peut aussi débuter par l'une des deux dernières périodes que nous venons de décrire, et ne pas présenter la première.

150. L'arachnitis peut encore, lorsqu'elle a été déterminée par une contusion de la tête, déterminer une paralysie des membres d'un côté du corps. L'hémiplégie ne survient alors qu'au bout de quelques jours; elle est précédée de délire ainsi que des différens symptômes indiqués ci-dessus, et ne s'établit jamais que d'une manière successive.

151. Chez les sujets lymphatiques, faibles et capables de peu de réaction, le délire peut être remplacé par des rêvasseries, un état d'affaissement devenir le caractère principal de la maladie, la stupeur être plus marquée, le coma plus

prompt, et les symptômes cérébraux et fébriles, en général, moins bien dessinés.

152. *Caractères diagnostiques de l'Arachnitis de la base et des ventricules.* Phlegmasie propre à l'enfance, pouvant cependant se développer chez l'adulte, mais coïncidant le plus ordinairement alors avec celle de la convexité, caractérisée par une céphalalgie qui occupe de préférence le front et les tempes, qui s'accompagne de fièvre, de langueur générale, d'abattement, de tristesse, souvent de vomissemens spontanés et d'une somnolence plus ou moins continuelle, sans aucun désordre de l'intelligence. A ces phénomènes succède fréquemment d'une manière brusque une perte complète des sens, de la sensibilité générale et des fonctions intellectuelles, avec des spasmes variés, de l'un et l'autre côté du corps, continus, ou revenant par accès plus ou moins prolongés, et ayant principalement leur siége aux yeux, à la bouche et aux membres supérieurs; quelquefois il s'y joint un renversement de la

tête en arrière, ce qui indique alors que l'arachnoïde de la protubérance cérébrale a pris part à l'inflammation. Souvent aussi pendant le cours de cette maladie, on observe des rémissions marquées, qui bientôt sont suivies de nouveaux accidens convulsifs et comateux, jusqu'à l'époque où ces derniers persistent seuls et s'accompagnent de la résolution des membres; le pouls éprouve quelquefois dans ce cas un ralentissement très-marqué. C'est à cette période que les pupilles offrent le plus constamment une dilatation considérable.

153. Chez l'adulte, la langueur et la somnolence remplacent les phénomènes spasmodiques que l'on observe chez l'enfant; il n'y a point de délire, mais une faiblesse et une inactivité intellectuelle plus ou moins marquées; les réponses sont justes, et le malade peut parler raisonnablement lorsqu'on l'excite; enfin le coma et la résolution des membres vont croissant jusqu'à l'issue funeste de la maladie.

154. *Caractères diagnostiques de l'Arach-*

nitis chronique. Des congestions sanguines, continues et fréquemment répétées, la précèdent et l'entretiennent; sa marche est lente essentiellement; ses symptômes dans son principe sont faiblement dessinés; ils se rapportent tous à ceux dont nous avons parlé plus haut. La parole est d'abord embarrassée; les idées offrent de légères incohérences lorsque l'inflammation débute par l'arachnoïde de la convexité, ce qui est le plus ordinaire; la démarche est vacillante, les membres sont souvent agités de tremblemens continuels; le trouble intellectuel fait des progrès peu rapides, mais constans, puis finit par constituer un véritable délire maniaque, dont l'exagération dans les idées et l'ambition font le caractère dominant, selon M. Bayle, qui le premier a décrit cette variété de l'arachnitis. Les mouvemens généraux deviennent de plus en plus difficiles de l'un et l'autre côté du corps; l'intelligence s'affaiblit progressivement, et la démence remplace la manie; la prononciation est alors très-

embarrassée ou nulle ; enfin l'idiotisme et la paralysie générale terminent cette maladie, dont la durée peut être de plusieurs années, et pendant le cours de laquelle les fonctions organiques, telles que la digestion, la circulation et la respiration, restent parfaitement libres, tandis que les phénomènes paralytiques et le désordre intellectuel sont toujours dans des rapports égaux. Souvent on observe pendant les derniers temps, des spasmes accompagnés de perte de connaissance, continus, périodiques ou revenant à des époques irrégulières.

155. Nous ne devons pas terminer l'histoire diagnostique de l'arachnitis, sans faire remarquer que lorsqu'il existe une complication de phlegmasie grave des organes thoraciques ou abdominaux, les phénomènes cérébraux sont toujours beaucoup plus obscurs, et exigent en conséquence une attention plus scrupuleuse.

156. Les maladies que l'on peut confondre avec l'inflammation de l'arachnoïde sont, pour l'arachnitis de la convexité,

les congestions permanentes de la pie-mère, l'encéphalite surtout lorsqu'elle est superficielle et générale, la gastro-entérite et la fièvre ataxique; pour celle de la base, l'hydropisie des ventricules, le ramollissement double des hémisphères cérébraux, celui du corps calleux ou du cervelet, la fièvre adynamique ; enfin, pour l'arachnitis chronique, l'hydrocéphale et les diverses dégénérescences chroniques du cerveau.

157. *Caractères anatomiques.* Les régions de l'arachnoïde les plus communément enflammées correspondent pour leur ordre de fréquence, à la convexité des hémisphères, à l'entrecroisement des nerfs optiques, au cervelet, à l'intérieur des ventricules, à la protubérance annulaire, enfin à la face interne des hémisphères cérébraux. Lorsque l'arachnitis n'a duré que quelques jours, et qu'elle a été légère, cette membrane ne présente aucun changement appréciable ; elle conserve alors sa transparence et sa ténuité comme cela a lieu dans l'état naturel, et ne peut être détachée des

circonvolutions cérébrales sans se déchirer; à plus forte raison encore ne la sépare-t-on qu'avec la plus grande difficulté de la pie-mère. La rougeur et la consistance qu'elle paraît offrir dans ce cas, appartiennent entièrement à cette dernière membrane, dont les vaisseaux et le tissu cellulaire sont augmentés de volume et considérablement injectés. A une époque plus avancée de la maladie, l'arachnoïde acquiert une augmentation réelle d'épaisseur et de densité; elle perd de sa transparence et devient d'une couleur plus ou moins laiteuse. Ces différens états sont d'autant plus marqués que l'inflammation a été plus intense et a duré plus long-temps : cependant jamais cet épaississement n'est bien considérable, et rarement il parvient à donner à l'arachnoïde l'aspect de la plèvre ; la séreuse cérébrale peut alors être facilement détachée de la pie-mère, par fragmens assez étendus pour constater l'altération de son tissu, et pour qu'on puisse reconnaître que cette augmentation d'épaisseur ne tient point aux filamens

cellulaires qui y adhèrent toujours si exactement. La pie-mère, dans ces cas, est moins injectée ; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et celui qui réunit ses nombreux vaisseaux sont pénétrés par un fluide séreux ou albumineux, qui leur est intimement combiné, de manière à ne former qu'une seule membrane épaisse et blanchâtre, dont il est souvent possible d'exprimer par la pression un liquide séroso-purulent. La pie-mère présente ordinairement ces caractères sur une étendue plus ou moins large du cerveau, et surtout vers la partie supérieure de ses hémisphères. Dans les régions où le tissu sous-arachnoïdien est plus lâche et plus abondant, comme entre les circonvolutions cérébrales, dans les scissures de Sylvius, et particulièrement vers l'entrecroisement des nerfs optiques et aux environs de la protubérance annulaire, la sérosité, en s'enfiltrant dans les mailles de ce tissu, lui donne l'aspect d'un fluide gélatineux répandu sur l'encéphale. Le pus existe quelquefois par

couche, sur l'arachnoïde, principalement lorsque l'inflammation de cette membrane a été déterminée par une contusion de la tête; plus ordinairement au lieu de pus, on y trouve un liquide séreux ou séro-sanguinolent. Dans certains cas, l'arachnoïde est recouverte par des fausses membranes plus ou moins épaisses ou plus ou moins étendues. Rarement on trouve des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse, et plus rarement encore l'inflammation est bornée à son feuillet crânien; il serait utile alors de constater si la rougeur appartient à la séreuse, ou si elle dépend de l'injection de la duremère; les adhérences de la pie-mère à la pulpe cérébrale sont au contraire très-communes. Enfin, l'arachnoïde, surtout celle des ventricules, peut être dépolie, rugueuse, chagrinée et couverte de petites granulations, qui, lorsqu'elles sont peu marquées, lui donnent un aspect pulvérulent, et ne peuvent être bien distinguées qu'en examinant cette membrane

horizontalement et au grand jour. Lorsque ces granulations existent à la partie supérieure des hémisphères, il faut faire attention à ne point les confondre avec les glandes de Pacchioni, lesquelles sont toujours beaucoup plus nombreuses, plus rapprochées, plus grosses et plus blanchâtres. Des bulles d'air infiltrées au-dessous de la pie-mère pourraient également donner lieu à une semblable méprise, mais il est facile de s'en garantir en détachant la membrane de dessus le cerveau. L'arachnoïde ainsi que la pie-mère peuvent encore être complètement détruites par le fait d'une inflammation qui étend alors ses effets jusqu'à la partie correspondante de l'encéphale. D'autres fois on trouve dans l'épaisseur de cette membrane de petites lames blanchâtres, plus épaisses à leur centre que partout ailleurs, qui peuvent au premier abord en imposer pour un liquide savonneux répandu sur sa surface, et qui se rapprochent beaucoup du tissu cartilagineux. Enfin, on rencontre fréquem-

ment, dans les ventricules, des épanchemens séreux, séro-sanguinolens ou séro-purulens, qui sont d'autant plus abondans que l'inflammation se rapproche davantage de la base, ou qu'elle a lieu dans les ventricules eux-mêmes. Souvent dans ces cas, la portion de cerveau qui forme les parois des ventricules latéraux, principalement chez les enfans, se ramollit, dans une étendue plus ou moins considérable, surtout vers la cavité digitale, la voûte à trois piliers et le corps calleux. Ce ramollissement, qui ne s'accompagne alors d'aucune injection sanguine et dans lequel la pulpe cérébrale conserve une couleur d'un blanc mat, peut être porté jusqu'à la diffluence.

HYDROCÉPHALE AIGUË ESSENTIELLE.

158. *Caractères diagnostiques.* Céphalalgie frontale ou temporale, augmentant d'une manière graduée, survenant pendant le premier septenaire de la vie et sou-

vent pendant le travail de la dentition; vomissemens fréquens; lenteur des mouvemens, qui n'ont lieu qu'avec répugnance; inquiétude, malaise, irritabilité de la vue, ordinairement avec resserrement et immobilité des pupilles; tendance à l'assoupissement, réveil en sursaut, sommeil léger pendant lequel il existe souvent des grincemens de dents. Plus tard, la céphalalgie n'est plus sentie, ou l'enfant ne l'exprime alors que par des cris aigus et en portant automatiquement ses mains vers la tête. Le décubitus a lieu sur le dos, l'assoupissement fait des progrès rapides, la sensibilité se perd de plus en plus, le coma est interrompu par des convulsions momentanées, dont le siége ordinaire est l'œil, la bouche, et les membres thoraciques; quelquefois il s'y joint un strabisme permanent ou le renversement de l'œil en haut; les pupilles sont dilatées et immobiles, ou, dans quelques cas même, agitées d'oscillations continuelles; le pouls se ralentit et devient irrégulier; enfin assez constamment il existe de la

constipation. C'est à cette époque surtout que l'on remarque des rémissions dans les principaux symptômes, qui se dissipent plus ou moins complètement, et pendant la durée desquelles le malade recouvre l'intelligence et accuse alors de la céphalalgie. Lorsque la mort n'a pas lieu dans la période comato-convulsive, un collapsus succède à cette dernière, les pupilles se dilatent de plus en plus, les membres sont dans un état de résolution et d'insensibilité générale, le pouls reprend de la fréquence, la peau se refroidit ou se couvre de sueur, la respiration devient irrégulière, et la mort vient mettre un terme à cet état, qui peut se prolonger ainsi pendant quelques jours.

159. *Caractères anatomiques.* L'arachnoïde des ventricules latéraux et de la base du cerveau ne présente aucune altération ; celle de la convexité est sèche; les circonvolutions supérieures des hémisphères sont aplaties et effacées, et on y sent une fluctuation manifeste; les ventri-

cules latéraux, considérablement dilatés, sont remplis par une sérosité limpide, citrine et sans flocons; la dilatation a lieu particulièrement vers la cavité digitale; le troisième et le quatrième ventricules participent peu à cette hydropisie; l'ouverture de communication des ventricules latéraux avec le moyen est considérablement augmentée. Quelquefois on ne trouve pas de sérosité dans ces cavités quoiqu'elles soient dilatées; mais alors c'est que le liquide a été résorbé quelque temps avant la mort. La pie-mère qui enveloppe la surface extérieure du cerveau peut être gorgée de sang; mais souvent aussi cet état n'existe pas, et dans aucun cas il ne doit être regardé comme la cause de l'hydropisie des ventricules latéraux. Enfin, lorsque la maladie a duré longtemps, la cavité digitale, la voûte à trois piliers et le corps calleux peuvent être ramollis, ainsi que nous l'avons fait connaître en parlant de l'arachnitis des ventricules.

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

160. *Caractères diagnostiques.* Ordinairement originaire, et reconnaissable alors à une augmentation excessive du volume de la tête, avec écartement des sutures, transparence des fontanelles et fluctuation sensible à la pression. L'activité des sens et de l'intelligence est considérablement diminuée ou complètement nulle; les mouvemens sont faibles ou tout-à-fait anéantis; quelquefois des convulsions ont lieu; la tête ne peut être soutenue, et retombe continuellement sur les épaules ou sur la poitrine. Dans quelques cas, le crâne a conservé son diamètre naturel, mais on observe alors vers l'occipital une tumeur fluctuante enveloppée par les méninges, et dont la pression, en faisant refluer le liquide dans le cerveau, détermine des symptômes comateux ou convulsifs. Si l'hydrocéphale est survenue après la première année, l'augmentation successive du crâne et l'affai-

blissement gradué des fonctions sensitives et locomotrices suffisent pour la faire reconnaître; la céphalalgie devient de moins en moins intense à mesure que la maladie fait des progrès.

161. *Caractères anatomiques.* Épanchement de sérosité citrine plus ou moins abondante, avec écartement des sutures et ossification incomplète des os auxquels elles appartiennent; dans certains cas même, quelques-uns d'entre eux peuvent manquer complètement. Lorsque le sujet a survécu quelques années à la maladie, les fontanelles sont occupées par une substance fibreuse, et les os présentent un amincissement et un élargissement considérables. Si l'épanchement existe à la surface du cerveau, ce viscère, réduit à un petit volume, est refoulé vers la base du crâne; si, au contraire, l'épanchement occupe les ventricules latéraux, les hémisphères cérébraux sont changés en une vaste poche membraniforme, dont la surface extérieure est accolée aux méninges.

HYDATIDES DU CERVEAU.

162. *Caractères diagnostiques.* Nul signe ne peut faire distinguer cette maladie des diverses tumeurs développées dans le cerveau. Les hydatides existent souvent sans donner lieu à aucun phénomène pathologique ; d'autres fois elles déterminent des céphalalgies irrégulières, des vertiges, des extases et des convulsions, auxquels il est impossible de reconnaître une cause occasionelle quelconque. La mort survient ordinairement d'une manière brusque.

163. *Caractères anatomiques.* Corps vésiculaires appartenant aux genres acéphalocyste, polycéphale et échinococcus, pouvant être multiples ou solitaires, occupant de préférence les ventricules latéraux, et plus rarement l'épaisseur des hémisphères ; dans ce dernier cas, ils se forment une seconde enveloppe aux dépens de la substance cérébrale, qui augmente de densité et prend l'aspect d'une membrane blan-

châtre, semblable à la pellicule d'un œuf; sa surface interne, celle qui est contiguë à l'hydatide, est lisse, et peut se détacher très-facilement du cerveau. Les vers vésiculaires offrent des volumes variés, depuis un pois jusqu'à un gros œuf.

ÉPANCHEMENT SANGUIN (hors de la pulpe).

164. *Caractères diagnostiques.* Le plus ordinairement après une contusion violente sur la tête, une paralysie subite avec rigidité ou avec flaccidité des muscles, se développe d'un seul côté du corps ou des deux, en s'accompagnant quelquefois de phénomènes spasmodiques, et plus souvent d'un état comateux; dans les cas, au contraire, où les facultés intellectuelles ne sont pas complètement anéanties, le malade peut accuser une forte céphalalgie ou même délirer. Cette maladie, qui entraîne si souvent à sa suite l'arachnitis et la céphalite, tient de ces deux inflammations, et rentre naturellement dans chacune d'elles.

165. *Caractères anatomiques.* Épanchement de sang entre le crâne et la dure-mère, dans la cavité de l'arachnoïde, ou entre la pie-mère et le cerveau, résultant le plus généralement de la rupture de quelque vaisseau, et rarement d'une exhalation sanguine. Le liquide, dans ces différens cas, est coagulé et étendu en nappe sur l'encéphale ou entre ses circonvolutions; quelquefois il en existe dans les ventricules latéraux. Les méninges sont toujours alors le siége d'une congestion excessivement considérable.

CONGESTION CÉRÉBRALE. (Coup de sang.)

166. *Caractères diagnostiques.* Pesanteurs de tête, vertiges suivis d'une perte de connaissance subite ou d'un embarras dans la parole avec résolution complète des membres des deux côtés du corps ou d'un seul, et quelquefois symptômes spasmodiques momentanés. Ces divers phénomènes, qui ne sont que de courte durée, de plusieurs heures ordinairement, ne se prolongent

guères au-delà de trois à quatre jours, et se terminent par la mort ou le retour à la santé.

167. *Caractères anatomiques.* La substance cérébrale et ses diverses enveloppes sont le siége d'une congestion sanguine considérable; le sang s'échappe du cerveau par petites gouttelettes lorsqu'on l'incise; mais sa consistance n'est nullement diminuée.

APOPLEXIE. (Hémorrhagie de la pulpe cérébrale.)

168. *Caractères diagnostiques.* Age de 50 à 70 ans; hypertrophie du ventricule gauche, disposition héréditaire à l'apoplexie, ou attaques précédentes; apparition subite d'une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, n'étant précédée, en général, d'aucun prodrome et d'aucune douleur de tête, ayant lieu sur tout un côté du corps, ou seulement sur une de ses régions, et s'accompagnant d'une résolution immédiate des muscles des parties affectées. Dans

l'hémorrhagie cérébrale, la paralysie est toujours longue, et sa durée se prolonge d'autant plus que l'épanchement est plus considérable; l'intelligence, quoiqu'affoiblie, se conserve cependant, à moins qu'il n'existe un coma très-profond; la respiration est plus ou moins stertoreuse. Dans le principe on n'observe point de fièvre, le pouls est dur et plein; point de céphalalgie pendant le cours de la maladie, point de vomissemens répétés à son début; au contraire, difficulté de les provoquer, constipation ou rétention d'urine. Lorsque la paralysie porte sur la face, ce qui est généralement constant, la pointe de la langue est dirigée du côté paralysé, la commissure du côté sain est tirée en haut et en dehors, quand le malade la met en mouvement, tandis que de l'autre, elle est pendante et abaissée, ou seulement immobile; moins souvent les muscles de la joue du côté paralysé et ceux de la paupière sont dans un état de relâchement plus ou moins complet; la pupille est insensible, et quel-

quefois dilatée; enfin, la tête est entraînée par les muscles restés sains, tandis que ceux du côté opposé sont dans un état de résolution. Rarement la paralysie survient en même temps des deux côtés du corps ; mais si cet effet a lieu, le malade est alors plongé dans un carus profond. Il arrive quelquefois qu'après une première paralysie, une seconde se déclarant sur le côté resté sain, pourrait faire croire à l'existence d'une paralysie double, survenue dans le même moment; mais le commémoratif préviendra facilement cette erreur. L'apoplexie peut être confondue avec le ramollissement du cerveau et avec l'épanchement sanguin à sa surface.

169. *Caractères anatomiques.* Épanchement de sang plus ou moins considérable dans l'hémisphère du cerveau opposé à celui où existe la paralysie. Ce liquide est réuni dans un seul foyer, ou répandu dans une multitude de petites cavités; d'autres fois il est intimement combiné à la substance cérébrale, et forme une bouillie d'un rouge

brun. Lorsque l'épanchement est récent, qu'il ne date que de quelques jours, le sang est noirâtre, coagulé en partie, adhérent à la pulpe cérébrale, et pouvant en être complètement débarrassé par des lotions aqueuses, qui emportent alors des fragmens de cette dernière. La portion de cerveau qui sert de parois à l'épanchement sanguin est déchirée, et présente des anfractuosités nombreuses; sa consistance est de beaucoup diminuée; sa couleur est d'un rouge d'acajou foncé, qui s'éclaircit à mesure que l'on s'éloigne du centre du foyer; cette altération de ses parois ne s'étend guères au-delà de deux à trois lignes d'épaisseur. Des lambeaux de substance cérébrale, plus ou moins ramollis, simulent souvent des caillots, et sont mêlés au fluide épanché.

A une époque plus avancée, la substance cérébrale qui entoure le caillot, après s'être ramollie devient plus ferme et d'une couleur rougeâtre, puis passe au jaune d'ocre; une exhalation séreuse s'éta-

blit autour du caillot, qui lui-même diminue graduellement de volume, en prenant de la densité et en perdant de sa couleur primitive; après avoir été noirâtre, rougeâtre, jaunâtre, et enfin grisâtre, il finit par être absorbé; les parois de la caverne se rapprochent alors, contractent des adhérences et finissent par présenter une véritable cicatrice linéaire, tirant un peu sur le jaune, et qui se forme au moyen de liens celluleux et vasculaires. D'autres fois, ces parois sont vides et ne font que se rapprocher par contiguité; enfin, dans d'autres cas, les parois du foyer sanguin se recouvrent d'une fausse membrane très-ténue, qui prend successivement de la consistance, et se change en un kyste contenant une sérosité rouge, roussâtre, puis jaunâtre, et renfermant le caillot, qui lui-même passe par les différens états dont nous avons parlé tout-à-l'heure: après son absorption complète, les parois du kyste peuvent se réunir, comme cela a lieu pour les simples ca-

vités. Souvent il existe dans le même hémisphère ou dans l'autre, plusieurs de ces cavernes résultant d'anciennes attaques d'apoplexie. Les régions du cerveau où les épanchemens sanguins sont les plus communs sont les corps striés, les couches optiques et les parties qui sont dans leur voisinage; assez souvent le sang pénètre dans le ventricule correspondant, ou même se fait jour dans celui du côté opposé, après avoir déchiré la cloison. Dans l'hémorrhagie de la pulpe, les portions restées saines présentent, en général, à la section une infinité de gouttelettes de sang, qui reparaissent lorsqu'on les essuie. Les vaisseaux de la pie-mère sont constamment gorgés de ce liquide, ainsi que les sinus de la dure-mère.

ENCÉPHALITE.

170. *Caractères diagnostiques*. Tous les âges en sont atteints depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Assez souvent il existe des phénomènes précurseurs, consistant en pe-

santeur de tête, tintemens d'oreille, illusions d'optique, irritabilité de la rétine, engourdissement d'un côté du corps, avec fourmillement ou douleur des membres, lorsque tout-à-coup il survient des contractions ou des convulsions, continues ou intermittentes, des muscles d'un côté du corps ou d'une seule de ses régions. Si les facultés intellectuelles ne sont pas complètement anéanties, le malade accuse de la céphalalgie, ordinairement du côté opposé à celui des contractions permanentes; l'intelligence n'est point alors troublée, il n'y a pas de délire, elle n'est qu'affaiblie. Quelquefois les membres contractés sont douloureux, surtout lorsqu'ils sont fléchis et qu'on veut les étendre; la pupille de ce côté est, dans quelques cas, resserrée; la paupière est fermée, et alors elle l'est par la contraction de l'orbiculaire; la commissure des lèvres est tirée en dehors lors même que la bouche est immobile; mais quand elle opère des mouvemens volontaires, la commissure du côté opposé

éprouve une déviation; les muscles du col sont dans un état de rigidité et entraînent la tête de ce côté. Cependant ces divers phénomènes d'irritation diminuent graduellement d'intensité, et sont remplacés par des symptômes de collapsus; les muscles tombent dans un état de paralysie, avec flaccidité; l'occlusion de la paupière a lieu par relâchement; la commissure des lèvres naguères contractées, est pendante; la tête et la bouche sont tirées en sens inverse de ce qu'elles étaient précédemment, c'est-à-dire du côté resté libre; la pupille se dilate, la sensibilité de ce côté devient nulle, et l'intelligence s'anéantit complètement. Nous ferons remarquer que pour suivre ces divers effets, il faut observer le malade dès les premiers jours de l'encéphalite.

Si l'état de rigidité musculaire se développe après une paralysie subite, avec flaccidité, c'est que l'encéphalite succède à l'apoplexie. Les parois du foyer où s'était

fait l'épanchement sanguin sont pris alors d'inflammation.

S'il survient des convulsions dans le côté du corps resté sain, et que ces convulsions ne soient pas suivies de paralysie, c'est qu'une arachnitis s'établit. Si, au contraire, une paralysie s'y développe, c'est qu'une nouvelle encéphalite s'empare de l'hémisphère du côté opposé.

Enfin, lorsque l'encéphalite succède à une arachnitis, surtout à celle de la base, comme cela a lieu ordinairement chez les enfans, un des côtés affectés de convulsions est pris de paralysie.

Selon que l'encéphalite présente tel ou tel phénomène, on peut soupçonner l'existence d'une désorganisation de l'une ou de l'autre région du cerveau. Les lésions d'un membre thoracique paraissent se rapporter à l'altération des radiations postérieures de la couche optique du côté opposé; celles de l'extrémité abdominale aux radiations de la moitié antérieure du corps strié; la paralysie des deux côtés du corps, avec ou

sans symptômes spasmodiques, à l'altération de la partie centrale de la protubérance annulaire. L'absence de paralysie et de rigidité musculaire de l'un et l'autre côté du corps, et la coïncidence d'un coma progressif, peuvent faire présumer l'inflammation du corps calleux, du septum lucidum ou de la voûte à trois piliers. Le strabisme, la rotation du globe de l'œil, la dilatation, le resserrement, l'immobilité et l'oscillation permanente de la pupille, d'un côté, indiquent assez souvent l'altération de la superficie des tubercules quadrijumeaux opposés. L'altération de la glande pituitaire, de sa tige et de la lame grise où elle se rend, entraîne assez souvent la cécité de l'œil opposé au nerf optique, altéré ou comprimé derrière l'entrecroisement. Quant aux altérations de transparence des membranes et des humeurs de l'œil, à la paralysie des sens d'un côté de la face, elles paraissent dépendre ou d'une altération du ganglion de la cinquième paire sur le rocher, ou d'une lésion des parois correspondantes du quatrième

ventricule. Enfin les désordres de la circulation, de la respiration et de l'appareil générateur, sans paralysie des membres des deux côtés du corps, à moins qu'il n'existe un épanchement d'un seul côté, indiquent l'altération de l'un ou de l'autre lobe du cervelet.

171. *Caractères anatomiques.* La substance cérébrale enflammée s'offre avec des caractères variés, selon l'époque à laquelle la maladie est parvenue. Lorsqu'elle ne date que de plusieurs jours, la matière blanche, et surtout la grise, prend une couleur rosée ou légèrement rougeâtre; on y aperçoit des filamens vasculaires ; la section, dans ce cas, ne laisse point écouler, comme dans la congestion, de petites gouttelettes de sang qui se renouvellent lorsqu'on les essuie, et la densité du cerveau est toujours sensiblement diminuée dans ce point. Cet état, qui existe fréquemment dans la substance corticale des circonvolutions, à la suite d'arachnitis et de violentes congestions de la pie-mère, présente

souvent aussi une foule innombrable de petits points rouges, que les lotions ne peuvent complètement effacer. A un degré plus avancé de l'encéphalite, le cerveau est rouge, l'injection vasculaire est très-marquée; le ramollissement est plus considérable. Enfin, dans quelques cas, le sang est intimement combiné à la substance cérébrale, dont la couleur alors se rapproche de l'amaranthe, du rouge violet ou de la lie de vin; il n'existe pas d'épanchement sanguin, si ce n'est dans quelques points, où l'on en trouve de la grosseur d'une tête d'épingle; souvent alors le cerveau est dans un état de ramollissement extrême.

Lorsque l'inflammation cérébrale parvient à ces deux derniers degrés sans être suivie de mort, la pulpe perd graduellement de sa mollesse, et finit par devenir beaucoup plus dense que dans l'état naturel, en conservant pendant longtemps une couleur rougeâtre qui finit par passer au jaune d'ocre.

Le troisième degré de l'encéphalite est celui qui s'accompagne le plus ordi-

nairement de suppuration ; la couleur rouge se perd insensiblement, le sang fait place à un liquide séroso-purulent qui se combine à la pulpe cérébrale, s'y infiltre, et prend une couleur grisâtre, d'un blanc sale ou d'un vert jaunâtre, selon qu'il se trouve plus ou moins mélangé avec la substance même du cerveau. Le pus se réunit souvent alors dans des points plus ou moins étendus ; tantôt il n'y en a qu'une ou deux gouttes, mais il est toujours évident et très-facile à reconnaître par sa ressemblance avec le pus phlegmoneux; tantôt il se trouve réuni en longues fusées, ainsi qu'on l'observe surtout dans les circonvolutions cérébrales ; tantôt, enfin, il occupe tout le centre d'un hémisphère, ou, extravasé dans la substance cérébrale, il y forme des clapiers, dans lesquels on rencontre des fragmens de cette même substance ; d'autres fois plusieurs petits foyers se réunissent entre eux pour en former un grand.

Ces foyers peuvent, dans certains cas,

être isolés du cerveau par une membrane accidentelle, développée aux dépens de sa substance, et formée des débris du tissu cellulaire et des vaisseaux qui n'ont point été détruits par la suppuration, et qui, refoulés à la circonférence de ces cavernes, s'entrelacent en réseau vasculaire et celluleux, s'organisent insensiblement, prennent de l'accroissement et se changent en une membrane dont l'épaisseur et la densité augmentent graduellement. La surface interne de ces kystes devient lisse; le pus qu'ils renferment prend de plus en plus les caractères du pus du tissu cellulaire, par la fonte progressive de la substance cérébrale, et finit par devenir blanc, jaunâtre ou verdâtre, bien lié, et parfaitement homogène. Souvent, lorsque l'abcès est situé vers les circonvolutions, la piemère et l'arachnoïde épaissies, concourent à la formation de ses parois. Il est assez rare que le pus des abcès enkystés du cerveau ait de l'odeur; mais il n'en est point de même de celui qui survient à la suite de

la carie des os du crâne, et particulièrement du rocher : dans ce cas, il est toujours infect, et les membranes du cerveau sont altérées et perforées.

Le siége le plus ordinaire de l'encéphalite est dans la substance grise; le corps strié, la couche des nerfs optiques, les circonvolutions, la protubérance annulaire et le cervelet sont les parties le plus généralement affectées.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

172. *Caractères diagnostiques.* Les mêmes que ceux de l'encéphalite, si ce n'est que les prodrômes sont plus communs. Nous ajouterons seulement que quand l'intelligence se conserve sans aucun trouble, que la céphalalgie persiste longtemps, que la somnolence devient le symptôme principal, que la sensibilité et la myotilité diminuent graduellement, qu'enfin il n'existe ni paralysie, ni rigidité musculaire, ni convulsion, mais un simple état comateux,

que les pupilles offrent de la dilatation, et qu'il s'y joint du strabisme, on peut soupçonner un ramollissement du corps calleux, du septum lucidum ou de la voûte à trois piliers (1). Il est très-facile alors de le confondre avec l'arachnitis de la base chez l'adulte, et s'il existe des convulsions, avec la même inflammation chez l'enfant.

173. *Caractères anatomiques.* Mollesse plus ou moins considérable de la pulpe cérébrale, sans la moindre injection vasculaire, sans aucun changement de couleur appréciable, la portion médullaire étant d'un blanc mat, homogène, et la substance grise entièrement semblable à ce qu'elle est dans l'état naturel. Quel que soit le degré du ramollissement, quelle que soit sa diffluence, il est impossible d'y trouver la moindre trace de véritable pus; les sections que l'on fait au cerveau ne laissent point écouler de gouttelettes de sang;

---

(1) Pour ce qui est relatif aux lésions des autres régions du cerveau, voyez Encéphalite.

si ce sont les circonvolutions qui sont affectées, la pie-mère correspondante n'offre point d'injection. Ce mode de désorganisation de l'encéphale ne s'accompagne jamais d'aucune odeur. Le ramollissement, sauf qu'il est borné à des régions plus ou moins étendues, présente absolument les mêmes caractères physiques qu'un cerveau conservé pendant plusieurs jours, et qui commence à se décomposer. Les parties les plus constamment affectées ne sont pas toujours celles dont la cohésion est la moindre dans l'état naturel; c'est ainsi que les parois des ventricules, les corps striés et les couches optiques sont plus fréquemment ramollis que le cervelet.

TUBERCULES ET CANCER DU CERVEAU.

174. *Caractères diagnostiques.* Les seuls symptômes qui peuvent faire soupçonner l'existence des dégénérescences tuberculeuse, squirrheuse ou cancéreuse, du cerveau, sont des céphalalgies violentes,

continues ou intermittentes, coïncidant avec une perte complète de connaissance, et des phénomènes spasmodiques des deux côtés du corps, ou d'un seul; dans quelques cas, il s'y joint une paralysie consécutive, et une diminution ou une abolition de l'intelligence et des sens. Ces diverses tumeurs se terminent en général par une encéphalite, qui offre les mêmes phénomènes dont nous avons parlé en traitant de cette maladie. Chez les enfans, les tubercules y sont assez communs, et entraînent, au contraire, à leur suite, une hydropisie aiguë des ventricules, dont la forme, comme nous l'avons dit, est un état comato-convulsif. Souvent aussi ces tumeurs ne donnent lieu à aucun signe appréciable.

175. *Caractères anatomiques.* Le tissu squirrheux, encéphaloïde ou tuberculeux, qui constitue ordinairement les dégénérescences du cerveau, se présente sous la forme de masses rondes et irrégulières, de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf, dont la surface extérieure est souvent bos-

selée et d'une couleur grisâtre ou rougeâtre. Tantôt un seul de ces tissus entre dans la composition de ces tumeurs; tantôt plusieurs s'y trouvent combinés entre eux; lorsqu'on les incise, on distingue alors à quelle espèce de dégénérations ils appartiennent; souvent leur intérieur est ramolli et contient du sang épanché. La portion de cerveau qui les entoure est en général dans un état de ramollissement plus ou moins considérable ; d'autres fois, au contraire, la dégénérescence se perd insensiblement dans la substance cérébrale, sans offrir aucune ligne de démarcation. Lorsque la tumeur s'étend jusques dans les circonvolutions, il est ordinaire de trouver une phlegmasie chronique de la pie-mère et de l'arachnoïde.

ÉPILEPSIE.

176. *Caractères diagnostiques.* Affection chronique, apyrétique et intermittente, survenant par accès, avec convulsions

générales, perte complète de l'intelligence, et insensibilité absolue, sans paralysie consécutive, du mouvement ou du sentiment. Au moment où le malade s'y attend le moins, il perd connaissance, les yeux s'ouvrent largement, les pupilles restent immobiles, la direction des yeux est changée, la face est tirée d'un côté, la bouche est portée vers l'oreille, et les dents sont resserrées; puis après quelques minutes, les muscles du cou deviennent roides, la tête se contourne, les jugulaires se gonflent, la face est dans un état de turgescence violacée; les muscles du visage sont pris alors de contractions spasmodiques fréquemment répétées; une écume couvre la bouche, les membres supérieurs et inférieurs, et surtout les premiers, sont agités de secousses convulsives; les pouces s'enfoncent dans la paume des mains; cependant le thorax reste fixe et immobile; la respiration est haute et entrecoupée, et la suffocation est imminente. A cet état, qui dure de deux à huit minutes, et qui

peut se répéter à des intervalles très-rapprochés, succède un relâchement général du système musculaire, une pâleur de la face et le retour gradué de la liberté de la respiration; le facies conserve quelque temps encore un air d'hébétude; les facultés intellectuelles et sensitives, plongées dans la stupeur, reprennent peu à peu leur activité, et le patient commence à sentir un brisement de tout le corps. D'autres fois, les accès épileptiques sont beaucoup moins forts, et ne consistent qu'en une perte de connaissance momentanée avec des convulsions légères et partielles des yeux, de la bouche, d'un bras ou d'un doigt, et pouvant s'accompagner ou non de chute; enfin, dans d'autres cas, l'attaque est précédée d'une sensation variable dans une partie quelconque du corps, laquelle se dirige vers le cerveau, et détermine seulement alors la perte de connaissance avec les différens phénomènes mentionnés ci-dessus; c'est ce qui constitue l'*aura epileptica*. L'épilepsie est

une maladie de tous les âges, qui va généralement croissant, dont les accès se rapprochent de plus en plus, qui entraîne après elle l'altération de la mémoire, et qui tend essentiellement à développer la manie, la démence et l'idiotisme.

Cette maladie peut être confondue avec l'hystérie, avec l'invasion d'une hydrocéphale aiguë, d'une céphalite, et enfin avec diverses tumeurs du cerveau ou de ses enveloppes.

177. *Caractères anatomiques.* Il n'en existe aucun qui soit propre à l'épilepsie; cependant les différentes altérations du cerveau ou de la moelle épinière peuvent déterminer des phénomènes épileptiques, comme on peut s'en convaincre par l'histoire de ces affections.

HYSTÉRIE.

178. *Caractères diagnostiques.* Maladie chronique, intermittente et irrégulière, survenant par accès et s'observant parti-

culièrement chez la femme, depuis l'âge de puberté jusqu'à l'époque critique; se développant ordinairement à la suite de suppression ou de diminution des menstrues, affectant de préférence les personnes irritables ou d'un tempérament nerveux, qui ont abusé des plaisirs vénériens ou en ont été long-temps privées; débutant par des bâillemens, des engourdissemens des membres, des pleurs involontaires ou des éclats de rire, avec des alternatives de pâleur ou de rougeur de la face, et sentiment d'une boule qui semble partir de l'hypogastre et se porter vers l'abdomen et la poitrine, pour venir se fixer à la gorge, où elle fait éprouver une violente constriction avec menace de suffocation; mouvemens spasmodiques des différentes parties du corps, des deux côtés, ou roideur tétanique et perte plus ou moins absolue du sentiment, mais sans paralysie consécutive. En général, les attaques d'hystérie ne surviennent pas instantanément et sans aucune cause, comme les accès d'épilepsie;

un chagrin, une douleur, une émotion morale, en déterminent ordinairement l'invasion. L'hystérie ne tend pas essentiellement à faire des progrès, et n'entraîne guères à sa suite un état de démence, d'idiotisme ou de manie. Souvent elle se lie à une maladie de l'utérus.

179. *Caractères anatomiques.* Ils sont tout-à-fait inconnus.

CATALEPSIE.

180. *Caractères diagnostiques.* Suspension du sentiment et du mouvement, survenant subitement, que le malade soit assis, debout ou couché, et s'accompagnant d'une immobilité complète des différentes parties du corps, de telle sorte qu'elles conservent la position qu'elles avaient avant l'attaque, ou qu'on leur donne pendant son cours. La circulation et la respiration ne sont pas troublées; quelquefois seulement elles sont ralenties. Ces accès, qui reviennent à des époques plus ou

moins irrégulières, durent ordinairement de quelques minutes à plusieurs heures, et même une journée. Cette maladie est très-rare et souvent simulée; elle doit plutôt être regardée comme un symptôme, que comme une affection essentielle.

181. *Caractères anatomiques.* L'anatomie pathologique n'a rien appris jusqu'ici sur le mode d'altération des organes dans la catalepsie.

HYPOCONDRIE.

182. *Caractères diagnostiques.* Maladie chronique, dont la marche est très-irrégulière, souvent intermittente, affectant en général les adultes et surtout les hommes; fréquemment consécutive à la gastro-entérite, lorsque les sujets qui en ont été atteints sont doués d'un tempérament nerveux, qu'il existe chez eux une prédominance du système hépatique, ou que leurs habitudes morales et physiques tendent à troubler les fonctions digestives, en même temps qu'à exalter celles de l'enten-

dement. Les principaux effets de l'hypocondrie se rapportent aux désordres de l'intelligence et à ceux de la digestion et des fonctions du foie; ce sont la tristesse, l'irascibilité, la terreur, la méfiance dans ses meilleurs amis, les inquiétudes continuelles, et particulièrement la crainte de la mort; le sommeil est court et agité; souvent il existe de la céphalalgie et même des vertiges; les digestions sont lentes, pénibles, s'accompagnent de gonflement et de tension de l'estomac et du tube intestinal, de borborygmes, de coliques, de rapports, de flatuosités, de constipation dans le plus grand nombre des cas, et quelquefois de diarrhée; le pouls est tantôt fréquent, serré, intermittent, tantôt lent et irrégulier; le malade exaspère toujours ses douleurs, et les peint avec des termes exagérés. Il éprouve des sensations variées et passagères, telles que crampes, tremblemens, palpitations, défaillances, pulsations irrégulières dans l'abdomen. Souvent la respiration est gênée et entrecoupée.

L'hypocondrie se termine fréquemment par la mononomanie. On la confond généralement avec la gastro-entérite chronique.

183. *Caractères anatomiques.* On trouve souvent des altérations variées de l'encéphale ou des différens organes de l'abdomen ; mais il est très-difficile de décider si elles sont la cause unique de l'hypocondrie.

MANIE.

184. *Caractères diagnostiques.* Désordre plus ou moins marqué, mais de longue durée, d'une ou de plusieurs fonctions de l'entendement, sans trouble notable dans les sensations et les mouvemens volontaires, ne s'accompagnant point de fièvre, si ce n'est pendant la période d'excitation, et se manifestant le plus ordinairement par du délire, de la céphalalgie, de l'insomnie et des hallucinations variées. Lorsque le malade est dominé par une idée unique et constante, il y a alors *monomanie.* Les fonctions organiques sont rarement alté-

rées, si ce n'est la nutrition, qui s'opère constamment mal; d'où résulte le manque d'embonpoint des aliénés. La manie peut être continue ou périodique, avec des accès réguliers ou irréguliers; souvent elle se termine par la démence. Elle est susceptible d'être confondue, dans son principe, avec l'arachnitis, avec l'ivresse et avec certains empoisonnemens.

185. *Caractères anatomiques.* La manie peut exister avec des altérations du cerveau ou de ses enveloppes; mais souvent aussi elle a lieu sans qu'on puisse lui reconnaître cette cause. D'autres fois elle dépend d'une phlegmasie chronique du tube digestif

DÉMENCE.

186. *Caractères diagnostiques.* Diminution plus ou moins considérable des fonctions de l'entendement, avec affaiblissement ou perte de la mémoire; indifférence absolue ou incohérence des idées et des actions, qui n'ont aucun but déterminé.

Cette maladie, qui est plus commune chez les personnes avancées en âge, et qui ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'aucun trouble des fonctions organiques, ne se développe jamais que chez des sujets qui ont joui précédemment de leur intelligence, et chez eux, elle est toujours alors consécutive à une affection cérébrale.

187. *Caractères anatomiques.* Ceux qui appartiennent aux diverses altérations de l'encéphale, si la démence est symptomatique; quelquefois l'atrophie du cerveau par les progrès de l'âge.

IDIOTISME.

188. *Caractères diagnostiques.* Développement incomplet ou nul des fonctions de l'entendement, commençant avec la vie ou dans un âge qui précède l'établissement complet de l'intelligence, et dépendant d'un vice d'organisation du cerveau; sens plus ou moins obtus, prononciation presque nulle, hurlemens ou cris, sensibilité

générale peu développée; membres atrophiés, paralysés ou mal conformés; coexistence de tempérament lymphatique et souvent d'affections scrofuleuses; nulle altération de la digestion, de la circulation et de la nutrition.

189. *Cretins*. Variété d'idiots qui présentent les particularités physiques suivantes : Tête plus grosse que petite, front et occiput ordinairement aplatis, visage carré et couvert de rides, nez gros, court et large, bouche très-grande, oreilles épaisses et allongées, goîtres plus ou moins volumineux pendans sur la poitrine, thorax étroit et aplati, organes génitaux très-développés, taille ne s'élevant guère au-dessus de quatre pieds.

190. *Caractères anatomiques*. Le crâne des idiots offre constamment une conformation vicieuse : la tête est le plus ordinairement petite; le front est aplati, court et fuyant en arrière, et l'occiput déprimé; il existe une différence souvent remarquable entre le développement de l'un et l'autre

côté du crâne. Le cerveau offre une organisation également imparfaite.

ARACHNITIS SPINALE.

191. *Caractères diagnostiques.* Renversement de la tête en arrière, contraction permanente des muscles de la région postérieure du tronc, douleur plus ou moins violente le long de la colonne vertébrale et surtout dans certaines régions; liberté complète des facultés intellectuelles; mouvemens de la tête à droite et à gauche, si l'inflammation existe au commencement de la moelle allongée (1). On aura une puissante raison de croire à l'inflammation de l'arachnoïde rachidienne, si le malade a fait quelque chute, a reçu un coup sur la colonne vertébrale, ou s'il existe déjà des signes d'arachnitis cérébrale, et dans ce dernier cas les symptômes seront alors mixtes.

---

(1) Voyez nos *Recherches sur l'Inflammation de l'Arachnoïde cérébrale et spinale*, pag. 547.

L'arachnitis spinale peut être confondue avec le tétanos et avec les différentes altérations aiguës de la moelle épinière.

192. *Caractères anatomiques.* Les mêmes dont nous avons parlé en traitant de l'arachnitis cérébrale.

HYDRORACHIS.

193. *Caractères diagnostiques.* L'hydrorachis ou spina-bifida, quoique plus ordinairement congénitale, peut cependant s'observer à des époques plus avancées de la vie; une ou plusieurs tumeurs arrondies, pédiculées, ou élargies à leur base, d'une grosseur variable, rénitentes, et en général transparentes, sans changement de couleur à la peau, existent alors vers la région des lombes, et plus rarement aux parties supérieures du rachis. La pression exercée sur l'une d'elles augmente le volume des autres, s'il y en a plusieurs, en même temps qu'elle détermine des symptômes de compression cérébrale : le même

effet a lieu lorsqu'on comprime le crâne, si toutefois il y a coïncidence d'hydrocéphale. Les membres sont faibles, peu développés; le rectum et la vessie sont paralysés.

194. *Caractères anatomiques.* Lorsque la peau sert d'enveloppe à la tumeur, elle est quelquefois épaissie, ou bien elle est mince et transparente; dans d'autres cas, au contraire, elle manque, et les parois sont formées par la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère, ou par ces deux dernières membranes seulement; la pie-mère est, en général, très-injectée et rouge. Tantôt les arcs latéraux des vertèbres correspondantes n'existent pas, et tantôt ils n'offrent qu'un léger écartement; d'autres fois enfin, ce qui est rare, la vertèbre est divisée complètement dans sa totalité. Un liquide séreux et limpide, sanguinolent ou purulent, est contenu dans la cavité de l'arachnoïde, et peut même communiquer avec celle du cerveau, ou seulement être renfermé dans la pie-mère; mais alors on trouve un

canal intérieur dans la moelle. Cette dernière offre, dans quelques cas, une division plus ou moins étendue, ou bien ne laisse plus que quelques traces de son existence dans l'endroit où est la tumeur.

INFLAMMATION ET RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

195. *Caractères diagnostiques.* Maladie survenant ordinairement après des contusions de la colonne vertébrale, reconnaissable à une douleur existant dans un point du rachis, souvent avec sensation d'élancemens ou de fourmillemens dans les membres; nulle lésion des facultés intellectuelles et des sens, à moins que l'inflammation existe dans le voisinage de la protubérance annulaire; alors il peut y avoir perte complète de connaissance, aphonie, trismus, renversement de la tête en arrière, paralysie de tout le corps, avec embarras de la respiration. Lorsque la portion cervicale est affectée, on observe or-

dinairement une rigidité du col, des contractions permanentes ou des convulsions des membres thoraciques, auxquelles succèdent une paralysie et un trouble très-marqué de la respiration. Si c'est la portion dorsale qui est le siége de la maladie, le tronc est quelquefois agité de secousses convulsives et continues, coïncidant avec des palpitations, une fièvre forte et une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Enfin, si c'est la portion lombaire, il y a paralysie des membres inférieurs, constipation, rétention d'urine ou évacuations involontaires. Lorsque la maladie est chronique, souvent il n'existe pas de douleur, et la paralysie des membres abdominaux, de la vessie et du rectum, ne survient que graduellement.

196. *Caractères anatomiques.* Les mêmes que ceux de l'inflammation et du ramollissement du cerveau.

TUMEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DE SES ENVELOPPES.

197. *Caractères diagnostiques.* Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de donner quelques signes à l'aide desquels on puisse reconnaître l'existence des diverses tumeurs qui peuvent se développer dans la moelle épinière ou dans ses enveloppes : on peut seulement dire qu'elles entraînent souvent à leur suite des paraplégies et des accidens épileptiques variés.

198. *Caractères anatomiques.* Ces tumeurs se rapportent le plus ordinairement aux tubercules, aux squirrhes et aux vers hydatides.

MALADIES

DE LA POITRINE.

MALADIES

DES VOIES AÉRIENNES.

ANGINE LARYNGÉE.

199. *Caractères diagnostiques.* Douleur dans la région du larynx, augmentant par la pression de cet organe, ainsi que par l'acte de la déglutition, de la toux et de la parole; râle muqueux, pouvant être reconnu à l'aide du stéthoscope, d'autant plus évident que le liquide qui le détermine est plus abondant et moins épais, et s'accompagnant d'un dégagement de bulles d'air plus ou moins facile, selon le degré de consistance de ce même liquide. Altération notable de la voix, qui devient rauque;

toux fréquente, augmentant lorsque le malade parle, étant également rauque, douloureuse, suffocante, et suivie d'une expectoration dont le produit est variable, et qui tantôt consiste dans un fluide muqueux, tantôt dans du pus, ou dans le mélange de ces deux matières.

200. *Caractères anatomiques.* Rougeur plus ou moins diffuse, ou par plaques, de la muqueuse qui tapisse le larynx et particulièrement la glotte et l'épiglotte, avec gonflement plus ou moins considérable de cette membrane; fluide visqueux ou purulent répandu sur sa surface. Lorsque la maladie a duré long-temps, la rougeur disparaît et fait place à une augmentation d'épaisseur; souvent alors on y trouve de petites ulcérations dont le siége le plus ordinaire est vers les côtés de la glotte.

TRACHÉITE.

201. *Caractères diagnostiques.* Douleur existant à la partie inférieure du col, au-des-

sous du larynx, et se prolongeant derrière le sternum, augmentant par la pression et par l'inspiration, s'accompagnant d'un râle muqueux trachéal qui a le même caractère que celui de la laryngite, et n'est point appréciable dans les poumons, même à la racine des bronches ; voix peu altérée dans son timbre, ou ne l'étant que par intervalle, lorsque le fluide sécrété par la trachée s'accumule vers le larynx : alors il suffit de faire expectorer le malade pour dissiper cet état rauque de la voix.

202. *Caractères anatomiques.* Rougeur de la muqueuse, qui est couverte d'un fluide visqueux ou purulent ; si la trachéite est chronique, sa membrane interne présente assez fréquemment de petites ulcérations nombreuses.

CROUP.

203. *Caractères diagnostiques.* Laryngo-trachéite avec spasme de la glotte, altération particulière de la voix et de la toux, survenant par accès de plus en plus rappro-

chés, et s'accompagnant d'une dyspnée extrême et d'un sifflement de la respiration. Tantôt cette maladie, qui attaque plus spécialement les enfans, quoiqu'elle puisse avoir lieu également chez l'adulte, commence par une toux légère avec une douleur peu vive au larynx ou à la trachée, à laquelle se joint quelquefois un râle muqueux laryngo-trachéal; tantôt, au contraire, elle débute d'une manière brusque sans signes précurseurs: la voix devient bientôt rauque: le malade, au milieu de la nuit ordinairement, ou pendant un sommeil paisible, est réveillé tout-à-coup par une violente quinte de toux, qui est sèche d'abord ou suivie d'une expectoration d'un fluide visqueux, quelquefois purulent ou combiné à des flocons de substance albumineuse. Cette toux peut être aiguë et éclatante, et ressembler au chant d'un jeune coq; d'autres fois elle est rauque, sourde et grave; la voix prend également ce caractère de raucité, qui est d'autant plus marqué que l'inflammation se rapproche davantage de la glotte; l'ins-

piration est sifflante, surtout lorsque la phlegmasie est intense; elle est toujours en rapport avec le spasme de la glotte et se fait entendre à une longue distance. L'enfant éprouve une vive constriction à la gorge; il porte fréquemment ses mains au cou; la face est tuméfiée et devient le siége d'une forte congestion; enfin il existe un dyspnée considérable.

Cependant les accidens diminuent et une rémission leur succède; mais la toux reste croupale, et la voix plus ou moins rauque; un second accès plus violent se déclare, et détermine des quintes qui font expectorer un fluide muqueux ou purulent, des portions de fausses membranes, ou même des tuyaux membraneux, ce qui en général apporte quelque soulagement. Lorsque l'expectoration s'accompagne d'un liquide visqueux, on entend un râle muqueux avec dégagement facile de bulles d'air; dans l'expectoration purulente, le râle est souvent sibilant pendant l'expiration, et donne une sensation qui annonce la pré-

sence, dans le larynx ou dans la trachée, d'un fluide plus épais; enfin, lorsque ce sont des fausses membranes qui sont expectorées, il n'existe pas de râle, mais une espèce de claquement analogue à celui d'une soupape, lequel n'a lieu que par instans et quand la fausse membrane est soulevée par le passage de l'air dans le larynx : lorsque ce claquement s'observe pendant l'inspiration, c'est un signe que la fausse membrane se détache par son extrémité supérieure; lorsqu'au contraire il se fait entendre pendant l'expiration, ce détachement s'opère à son extrémité inférieure. Enfin, la voix et la toux deviennent rauques, et d'autant plus que l'inflammation fait davantage de progrès; souvent même il survient alors une aphonie, qui peut cesser momentanément par le fait de l'expectoration; les accès se rapprochent, la toux prend de la fréquence, à mesure que la matière expectorée perd de sa consistance, et la mort, si l'issue doit être funeste, a lieu avec des angoisses inexprimables.

204. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse du larynx et de la partie supérieure de la trachée, et, dans quelques cas même, celle des grandes divisions des bronches, est le siége d'une rougeur plus ou moins marquée, qui se dissipe assez promptement. Tantôt elle est recouverte par de fausses membranes d'une couleur blanchâtre, jaunâtre ou grisâtre, d'autant plus épaisses que l'inflammation a été plus intense et plus étendue, et qui tapissent toute la surface du larynx, de la trachée-artère et même du commencement des grosses bronches; ces pseudo-membranes sont parfaitement moulées en forme de tuyaux, ou se présentent seulement sous l'aspect de fragmens isolés, mêlés à des mucosités ou à des flocons albumineux: ces fausses membranes sont quelquefois séparées de la muqueuse par un fluide purulent ou visqueux; d'autres fois elles y adhèrent plus ou moins intimement, d'autant plus que l'inflammation a été plus forte dans cet endroit, et que son siége se rap-

proche davantage de la glotte. Si la maladie n'a été que de courte durée, il est ordinaire qu'elles ne soient bornées qu'au larynx. La rougeur de la muqueuse et le gonflement de ses follicules sont très-prononcés. Souvent la glotte est obstruée par la fausse membrane ou par la matière purulente qui la remplace assez fréquemment; la face interne de l'épiglotte en est également tapissée dans beaucoup de cas. Enfin, il peut n'exister sur la muqueuse des voies aériennes, qu'une quantité plus ou moins grande d'un liquide visqueux ou d'un véritable pus, et la mort être survenue aussi promptement et avec les mêmes accidens que quand on trouve de véritables fausses membranes. Les individus qui meurent du croup offrent ordinairement une congestion intense des poumons et des vaisseaux de l'encéphale.

ŒDÈME DE LA GLOTTE.

205. *Caractères diagnostiques.* Douleur ou sentiment de malaise dans la région su-

périeure du larynx, donnant au malade la sensation d'un corps étranger, mobile lors de la déglutition, et susceptible alors de se placer dans l'ouverture de la glotte, ou de se déjeter sur ses côtés, lors de l'expiration. Respiration offrant, dès le début de la maladie, une difficulté extrême, revenant surtout par accès, et s'accompagnant d'une suffocation imminente; inspiration sonore ou sifflante; expiration libre et facile. Voix rauque, plus ou moins affaiblie, quelquefois complètement éteinte. Si l'on porte le doigt jusqu'à la base de la langue, vers l'extrémité supérieure du larynx, on sent une tumeur molle, en forme de bourrelet, au pourtour de l'ouverture de la glotte. Les accès de suffocation se rapprochent de plus en plus, et le malade succombe en général d'une manière brusque.

206. *Caractères anatomiques.* Bords de la glotte gonflés, épaissis, formant un bourrelet plus ou moins volumineux, dû à l'infiltration séreuse, et moins souvent à une infiltration séroso-purulente du tissu cellu-

laire sous-muqueux, sans rougeur constante de la membrane qui le recouvre. Un boursoufflement semblable à celui qui occupe les lèvres de la glotte, s'étend quelquefois à la surface interne du larynx. Il offre beaucoup de ressemblance avec les phlyctènes qui résultent de l'application d'un vésicatoire à la peau; souvent l'épiglotte participe à cet état. Dans quelques cas on trouve des altérations chroniques variées du larynx.

CATARRHE SUFFOCANT.

207. *Caractères diagnostiques.* Invasion très-rapide, ayant ordinairement lieu la nuit, et par accès, avec gêne considérable de la respiration, menace de suffocation, sentiment de compression du thorax, et toux plus ou moins douloureuse; à cet état succède une rémission qui est bientôt suivie d'un second accès plus intense, et, en général, d'une mort assez prompte.

208. *Caractères anatomiques.* Inconnus.

CATARRHE PULMONAIRE.

209. *Caractères diagnostiques.* Au début de la maladie, irritation de la gorge s'accompagnant d'une toux sèche, qui ne tarde pas à être suivie d'expectoration limpide et ténue d'abord, puis visqueuse et de moins en moins transparente. Mouvemens des côtes restés libres; percussion du thorax sonore, à moins que le catarrhe ne soit très-intense; suspension ou diminution momentanée et partielle de la respiration, qui redevient bientôt forte ou puérile là même où elle venait de cesser, tandis qu'elle conserve ce caractère dans toutes les parties restées saines. Râle sibilant dès le principe, sonore ou grave, se déplaçant avec la plus grande facilité, étant entendu dans toutes les parties affectées, et principalement vers la racine des bronches, persistant ainsi lorsque le catarrhe est sec, et finissant par devenir muqueux et moins mobile, lorsqu'il s'accompagne

d'expectoration. Lorsque le catarrhe est chronique, les crachats perdent leur viscosité, deviennent diffluens, jaunâtres ou verdâtres. Le catarrhe aigu peut être confondu avec l'emphysème du poumon, et, lorsqu'il est chronique, avec la phthisie.

210. *Caractères anatomiques.* Rougeur avec injection des vaisseaux capillaires de la membrane muqueuse des bronches, qui est plus ou moins épaissie et couverte du produit de l'expectoration. Lorsque le catarrhe est chronique, les petits rameaux bronchiques, particulièrement ceux du sommet des poumons, présentent souvent une dilatation contre nature, d'où résulte que le diamètre des rameaux offre plus de largeur que la tige qui leur a donné naissance. Ces dilatations varient de la grosseur d'un grain de chenevis à une amande. Les cerceaux cartilagineux des bronches passent ordinairement alors à l'état de tissu fibreux.

COQUELUCHE.

211. *Caractères diagnostiques.* Maladie propre à l'enfance, souvent épidémique, dont la durée est toujours longue, débutant par des symptômes de catarrhe pulmonaire ou laryngé qui persistent une quinzaine de jours; survient alors une toux convulsive, prenant par quintes plus ou moins rapprochées, mais courtes, ayant lieu avec beaucoup d'efforts, et consistant en une longue inspiration sonore, suivie de plusieurs expirations rapides et brusques, avec congestion de la face et souvent déjections involontaires. Ces quintes, qui s'accompagnent d'un sentiment de strangulation et d'une suffocation plus ou moins intense, déterminent des vomissemens fréquens de mucosités abondantes, et une expectoration rare, transparente, et visqueuse dans le principe, mais devenant ensuite épaisse et opaque; elles sont suivies d'une rémission complète et de

toutes les apparences de la santé. Cette maladie peut être confondue momentanément avec le catarrhe suffocant des enfans et avec le croup.

212. *Caractères anatomiques.* On ne peut rien décider sur les causes de la coqueluche d'après les ouvertures cadavériques ; on trouve assez souvent une inflammation de la muqueuse du larynx, de la trachée ou des bronches, et quelquefois même des ulcérations.

PLEURODYNIE.

213. *Caractères diagnostiques.* Douleur dans un côté de la poitrine, avec immobilité des côtes, lors des mouvemens de la respiration, qui est elle-même plus ou moins incomplète. Bruit respiratoire faible ou tout-à-fait nul, dans une étendue plus ou moins considérable du thorax ; inspiration et pression des muscles douloureuses ; percussion donnant un son obscur. Absence des divers phénomènes propres aux autres maladies

de la poitrine, tels que râle, égophonie, pectoriloquie, etc., etc.

214. *Caractères anatomiques*. Nuls.

ŒDÈME DU POUMON.

215. *Caractères diagnostiques*. Ils sont d'autant plus faciles à apprécier, que la maladie est plus intense. Respiration faible, difficile, souvent avec orthopnée, contrastant avec la grande dilatation du thorax; bruit respiratoire à peine distinct; léger râle crépitant, se faisant particulièrement entendre à la base des poumons et à leur partie postérieure; poitrine sonore à la percussion, des deux côtés également; toux suivie d'expectoration aqueuse. La nature du râle et les symptômes généraux le distinguent du catarrhe. L'œdème du poumon peut être confondu avec la pneumonie et le catarrhe pulmonaire.

216. *Caractères anatomiques*. Tissu pulmonaire d'une couleur grisâtre, plus dense, plus pesant que dans l'état naturel, crépi-

tant, s'affaissant complètement lorsqu'on le prive, par la compression, du liquide dont il est pénétré ; vaisseaux du poumon contenant peu de sang et gorgés de sérosité incolore, transparente et très-spumeuse ; cellules aériennes conservant leur texture.

PNEUMONIE.

217. *Caractères diagnostiques.* Respiration difficile, incomplète, plus fréquente et moins sonore que dans l'état de santé, provoquant la toux, nullement en rapport avec le degré de dilatation des parois thoraciques, devenant abdominale lorsque la phlegmasie existe dans les deux poumons ; immobilité des côtes dans le point enflammé ; douleur gravative dans une région de la poitrine, mais n'étant point constante ; râle crépitant plus ou moins sonore, se faisant entendre dans toute l'étendue des parties affectées, tandis que la respiration devient puérile dans celles qui sont restées saines. Percussion donnant

un son de plus en plus obscur dans la partie malade. A une époque plus avancée, cessation du râle crépitant; absence complète de la respiration, excepté dans quelques points correspondans à de grosses bronches, où la respiration devient alors caverneuse, où la voix résonne, et même, chez quelques sujets, détermine le phénomène de la bronchophonie; le son du thorax est tout-à-fait mat; l'expectoration, plus ou moins difficile, amène des crachats blancs ou légèrement jaunâtres, demi-transparens, visqueux, adhérant fortement au vase, contenant des bulles d'air, mêlés de stries de sang pur, ou intimement combinés à ce liquide, et ayant alors une couleur safranée, rouillée ou tout-à-fait rouge. Lorsqu'une cavité se forme dans une portion de poumon enflammée et passée à la fonte purulente, les mouvemens de la poitrine deviennent de plus en plus petits et difficiles; un râle muqueux à grosses bulles s'établit d'abord dans quelques points, puis finit

par se concentrer, et dégénère en gargouillement ou en véritable pectoriloquie, lorsque le foyer vient à communiquer avec les bronches ; il s'y joint alors une expectoration de crachats purulens.

La pneumonie, dans son premier degré, peut être confondue avec la pleurodynie; plus tard avec l'apoplexie pulmonaire et avec l'œdème.

218. *Caractères anatomiques.* Dans le premier degré de la pneumonie, augmentation de pesanteur et de densité du tissu pulmonaire, qui est assez crépitant, et infiltré d'une sérosité sanguinolente et spumeuse toujours abondante; possibilité de distinguer encore sa texture alvéolaire; couleur livide et violacée de sa surface extérieure, tandis que l'intérieur est d'un rouge plus ou moins foncé. Au second degré, le poumon prend l'aspect, la densité et la pesanteur du foie; son tissu granulé, lorsqu'on le déchire, cesse d'être crépitant; sa couleur extérieure est moins violacée que dans le degré précédent; son intérieur

est rougeâtre et offre des taches blanches qui sont dues aux vaisseaux et aux cellules pulmonaires; quelquefois ils sont entremêlés de taches noires qui lui donnent l'apparence de granit. La sérosité sanguinolente dont il est infiltré diminue beaucoup d'abondance et ne s'écoule pas par la section. Dans le troisième degré, l'extérieur et l'intérieur du poumon deviennent d'une teinte jaune pâle; son aspect granuleux se prononce davantage; lorsqu'on l'incise, il en suinte un liquide purulent que l'on peut ramasser avec la lame du scalpel. Enfin le pus infiltré dans la substance du poumon, peut se réunir dans quelques-uns de ses points, et en envahir une plus ou moins grande étendue, de telle sorte qu'il en résulte de véritables abcès. Le pourtour de ces foyers est réduit à un état de détritus et de ramollissement purulent, qui diminue à mesure que l'on s'éloigne de leur centre; leurs parois ne présentent aucune trace de fausses membranes.

PLEURÉSIE.

219. *Caractères diagnostiques.* Au début, avant la formation de toute fausse membrane et de tout liquide, apparition d'une douleur aiguë dans un des points de la poitrine, immobilité des côtes, percussion donnant encore du son, mais développant de la douleur; respiration fréquente, surtout si la pleurésie est double, entrecoupée, douloureuse, brusque lors de l'inspiration, lente pendant l'expiration, et diminuant rapidement à mesure que l'épanchement se forme, de telle sorte qu'elle cesse presque complètement en quelques heures, excepté le long de la colonne vertébrale et dans les points où il peut exister des adhérences celluleuses anciennes. La respiration devient puérile dans le côté sain; le son de la poitrine est de plus en plus obscur, et finit par être mat là où existe l'épanchement, quelle que soit la position que l'on donne au malade : l'absence de son s'observe particu-

lièrement à la base et aux parties latérales ou postérieures du poumon, à moins que la pleurésie ne soit circonscrite, ou que l'épanchement ne se soit formé entre d'anciennes brides; dans ces deux cas, elle peut avoir lieu dans toute l'étendue du thorax; enfin la toux est sèche, ou s'accompagne de crachats muqueux et incolores. Lorsque l'épanchement est encore peu considérable, on entend l'égophonie d'abord vers l'omoplate, puis dans un plus grand espace, à mesure que l'épanchement fait lui-même des progrès; elle cesse complètement lorsque le liquide est trop abondant. L'égophonie peut cependant persister ou même devenir plus intense, si des brides anciennes unissent les deux feuillets de la plèvre. Si l'épanchement augmente encore, les espaces intercostaux s'élèvent, s'élargissent, et le côté affecté devient plus ample que celui qui est resté sain. Dans le cas, au contraire, où l'épanchement diminue, l'égophonie, qui avait cessé complètement, reparaît, puis s'affaiblit graduellement; la

respiration commence à redevenir appréciable vers les points où il existe des adhérences celluleuses anciennes, et dans le dos; ensuite elle se rétablit, quoique toujours avec lenteur, aux parties supérieures et antérieures, puis au sommet de l'épaule, sous les omoplates, sur les parties latérales et dans les régions inférieures. La percussion reste pendant longtemps mate; les espaces intercostaux s'effacent; enfin la résonnance du thorax et la respiration ne deviennent parfaites que quand les adhérences de la plèvre sont converties en tissu celluleux, fibro-cartilagineux ou osseux; c'est alors que la poitrine se rétrécit et reste en partie immobile de ce côté. La pleurodynie, la pneumonie chronique, l'hydro-thorax essentiel et la phthisie, sont les seules maladies avec lesquelles on peut confondre la pleurésie.

220. *Caractères anatomiques*. Points rouges très-nombreux existant sous la plèvre, pénétrant toute l'épaisseur de cette mem-

brane, et séparés les uns des autres par des intervalles incolores; souvent on trouve la séreuse injectée; plus rarement elle est épaissie. Épanchement d'un liquide séreux, transparent, de couleur citrine, ou semblable à du petit lait non clarifié, contenant des portions de fausses membranes qui se sont détachées, et dont il existe encore des portions plus ou moins considérables sur la plèvre. C'est dans la pleurésie diaphragmatique que les fausses membranes sont susceptibles d'acquérir le plus d'épaisseur; elles adhèrent avec celles qui se forment sur le feuillet contigu de la plèvre, lorsque celui-ci a été en même temps atteint d'inflammation, au moyen de lames ou filamens qui traversent le liquide épanché entre les deux pseudo-membranes. Lorsque ces dernières sont rouges et parcourues par des vaisseaux sanguins, la plèvre subjacente est également plus rouge dans cet endroit, et le liquide épanché participe lui-même à cette couleur. La couche superficielle du poumon, au-dessous de la plèvre,

est saine, mais un peu moins crépitante et plus dense que dans l'état naturel. Dans le cas où l'épanchement est considérable, le poumon est alors aplati, exsangue et affaissé sur lui-même; si la pleurésie est chronique, il est refoulé vers la colonne vertébrale et réduit souvent à une simple lame membraneuse, qui pourrait, au premier abord, faire croire à sa destruction. A cet état chronique, la plèvre est plus rouge, l'épanchement séreux plus abondant, moins limpide, souvent comme puriforme par la quantité de flocons albumineux qui y sont contenus; les fausses membranes sont aussi plus friables que dans l'état d'acuité. Lorsque la résolution s'opère et que la résorption du liquide a lieu, le poumon se remplit d'air, la fausse membrane s'organise et contracte des adhérences avec celle du côté opposé; ces adhérences, qui deviennent très-intimes, sont le plus ordinairement de nature celluleuse, quelquefois fibro-cartilagineuse, et, dans quelques cas même, offrent des points osseux : les fausses mem-

branes présentent la même organisation; pendant ce temps, les côtes se rapprochent les unes des autres, la poitrine se resserre, et le côté où la pleurésie avait son siége se rétrécit. Lorsque la pleurésie est circonscrite et qu'un épanchement existe au milieu d'adhérences très-intimes, on pourrait croire à la présence d'un kyste du poumon, surtout si ces adhérences pleurétiques avaient lieu entre les scissures des lobes du poumon, car, dans ce dernier cas, cet organe se trouvant refoulé contre la colonne vertébrale, rendrait la méprise plus facile, en faisant croire à sa destruction; mais en détachant de dessus la plèvre la fausse membrane qui la recouvre, on évitera une semblable erreur.

Dans quelques cas la plèvre peut se gangréner, et alors elle se présente sous la forme de taches d'un brun noirâtre ou verdâtre, circonscrites, pénétrant l'épaisseur de la membrane, qui peut être complètement détruite, et s'étendant, dans quelques cas, jusqu'au tissu cellulaire subja-

cent, ou même à la superficie des autres parties molles, qui sont infiltrées d'un liquide séreux. Si la gangrène a été le résultat d'une pleurésie intense, ce qui est très-rare, les fausses membranes, formées à la suite de cette phlegmasie, peuvent participer à l'état gangréneux de la plèvre, et offrir le même aspect grisâtre ou verdâtre, ainsi que la même odeur gangréneuse; comme la séreuse, les fausses membranes qui se forment à sa surface, se ramollissent et tombent en détritus. Dans le cas où la gangrène de la plèvre a été produite par la rupture d'un abcès gangréneux du poumon, ouvert dans la cavité de la séreuse, une pleurésie avec formation de fausses membranes se développe, et la gangrène ne survient que consécutivement. Les parois thoraciques peuvent elles-mêmes participer à la désorganisation, et un abcès résultant de l'infiltration du liquide épanché proéminer à l'extérieur.

HYDRO-THORAX ESSENTIEL.

221. *Caractères diagnostiques.* Egophonie lorsque l'épanchement est peu abondant, se faisant entendre dans les mêmes lieux que dans la pleurésie, et offrant les mêmes modifications ; son mat de la poitrine, absence de la respiration, excepté le long de la colonne vertébrale ; enfin aucun des signes qui indiquent une pleurésie chronique.

222. *Caractères anatomiques.* Epanchement de sérosité citrine, quelquefois rougeâtre, transparente et sans flocons albumineux, dans la cavité de la plèvre. Poumons vides d'air et refoulés vers le médiastin. Lorsqu'au lieu de sérosité la plèvre a exhalé du sang, cette membrane est alors parsemée de petits points rouges, et couverte de ce liquide à demi coagulé.

EMPHYSÈME DU POUMON. (Asthme.)

223. *Caractères diagnostiques.* Dyspnée

habituelle, augmentant par accès irréguliers et par les diverses causes qui gênent la respiration ; inspiration courte et rapide relativement à l'expiration, qui est longue et difficile ; augmentation du son de la poitrine, dont les mouvemens sont étendus, mais inégaux, tandis que la respiration est irrégulière et ne s'entend que très-faiblement ou point du tout, si ce n'est à la racine du poumon ; râle sibilant ou sonore, imitant toujours le roucoulement de la tourterelle ; toux constante, revenant par quintes fortes, ordinairement sèche, ou s'accompagnant d'une expectoration visqueuse et transparente ; enfin, quand l'emphysème est ancien et étendu, espaces intercostaux plus larges, thorax bombé en avant et en arrière, d'un ou des deux côtés, selon que la maladie est simple ou double. On peut confondre cette maladie avec le catarrhe pulmonaire et le pneumo-thorax.

224. *Caractères anatomiques.* Distension des vésicules pulmonaires qui occupent la surface des poumons, pouvant égaler le

volume d'un grain de millet ou même celui d'une noix; rupture des cloisons celluleuses qui les séparent, et déplacement facile de l'air qui y est contenu; dilatation des petits rameaux bronchiques de la portion de poumon affectée d'emphysème. Cet organe ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax, et surnage sur l'eau lorsqu'on l'y plonge; le mucus qui obstrue les bronches est très-visqueux.

PHTHISIE PULMONAIRE.

225. *Caractères diagnostiques.* Dans la première période, toux sèche, expectoration de salive et de mucus guttural et buccal, formant un liquide filant, incolore, un peu spumeux, dans lequel sont suspendus des flocons arrondis, et mêlés de points noirâtres. Cependant ces divers effets sont loin d'être toujours constans; l'inspiration est encore appréciable, la respiration est faible, le thorax résonne quelquefois, ou seulement il est un peu obscur sous les clavicules. A une période

plus avancée, la partie supérieure et antérieure de la poitrine fait entendre le phénomène de la pectoriloquie, ou quelquefois un tintement métallique à la percussion; le son est clair, surtout au sommet des poumons, et la respiration devient dans cet endroit semblable au bruit d'un soufflet, lequel est d'autant plus prononcé qu'il existe une excavation plus grande, et que la portion du poumon qui lui sert de parois est plus compacte; expectoration de crachats opaques, jaunâtres, diffluens, purulens, contenant des fragmens de tubercules, ou se présentant sous forme de plaques arrondies. La phthisie peut être confondue avec la pneumonie chronique, tant qu'il n'existe pas de pectoriloquie, et, quand cette dernière a lieu, avec certains catarrhes chroniques compliqués de dilatation des bronches.

226. *Caractères anatomiques.* Tubercules miliaires, grisâtres, transparens dans le principe, offrant souvent à leur centre un point noir qui se dissipe lorsqu'ils acquiè-

rent plus de volume, et formant par leur réunion des masses opaques répandues dans le poumon. D'autres fois le tissu de cet organe est infiltré de matière tuberculeuse, et devient dur, grisâtre et transparent. Il est lisse et poli lorsqu'on l'incise ; l'air ne peut le pénétrer; il a cessé d'être crépitant, si ce n'est dans quelques intervalles où il est encore perméable à l'air. D'autres portions de poumòn sont le siége de tubercules parvenus à un degré plus avancé et qui sont jaunes dans toute leur épaisseur, ou seulement à leur centre. Ils se présentent alors sous la forme de masses irrégulières infiltrées dans le poumon, ou de tumeurs arrondies, fermes et lisses, qui ne se réunissent jamais en groupe, et sont enveloppées par du tissu pulmonaire resté sain. Quelquefois le poumon est pénétré d'une matière gélatiniforme combinée avec des points de matière tuberculeuse au deuxième degré, c'est-à-dire à l'état opaque et jaunâtre. Enfin il existe des excavations le plus souvent multiples, résultant du ramollissement des tuber-

cules, et communiquant avec les tuyaux bronchiques voisins. Ces excavations sont entourées de tubercules crus ou parvenus déjà au deuxième degré; quelquefois elles sont traversées par des brides formées par du tissu pulmonaire infiltré de matière tuberculeuse non encore ramollie, ou ce qui est très-rare, par des vaisseaux oblitérés. Quant aux gros vaisseaux ils sont ordinairement déjetés, écartés, aplatis, mais rarement oblitérés par le développement de la matière tuberculeuse, ce qui n'arrive guères qu'aux petits rameaux. On n'observe point de ramifications bronchiques dans l'intérieur de ces excavations. Lorsque ces cavités se vident, il se développe à leur surface interne une fausse membrane molle, friable, ou seulement une exsudation moins épaisse et plus transparente, qui n'existe qu'en quelques endroits, et présente des points plus épais les uns que les autres. Lorsque cette exsudation coexiste avec la membrane dont nous venons de parler, on trouve cette dernière

au-dessous et en partie déchirée. Dans d'autres cas, ces excavations sont tapissées par des plaques semi-cartilagineuses, demi-transparentes, d'un blanc grisâtre, adhérentes au tissu pulmonaire, se réunissant par leur accroissement progressif, et se continuant avec la membrane interne des bronches. Souvent des adhérences celluleuses ou fibro-cartilagineuses réunissent les parois de ces excavations, et forment une cicatrice, dans laquelle peuvent exister différentes substances, telles que la matière noire, des productions crétacées, etc. Enfin les parois des excavations peuvent être formées par le tissu pulmonaire lui-même, durci, rouge, ou infiltré de matières tuberculeuses. Ces cavités, dont la forme est plus ou moins anfractueuse, contiennent une matière de la consistance d'un pus épais, ou une substance friable sous le doigt et nageant dans un fluide séreux et limpide. Quelquefois, au contraire, les tubercules pulmonaires sont renfermés dans des kystes demi-cartilagineux très-adhé-

rens au tissu du poumon par leur surface externe, mais lisses et polis à leur intérieur. C'est surtout dans les glandes bronchiques qu'on les observe.

PRODUCTIONS ACCIDENTELLES DÉVELOPPÉES DANS LES POUMONS.

227. *Caractères diagnostiques.* Dyspnée proportionnée au volume de ces tumeurs, quelquefois avec toux sèche, ou expectoration de crachats de nature variée, sans aucun trouble de la nutrition et sans fièvre. Diminution lente et graduée du son de la poitrine et de la respiration dans les points où existent les productions accidentelles, puis absence complète, lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Dans les cas où ces productions se ramollissent, on observe alors des phénomènes entièrement semblables à ceux qui accompagnent la même dégénérescence dans les tubercules, et dont nous avons traité à l'article phthisie.

228. *Caractères anatomiques.* Souvent

ces tumeurs, dont le volume est plus ou moins considérable, sont dues à des kystes du poumon ; elles sont enveloppées ordinairement par une membrane de la nature des séreuses, ou se rapprochant, dans quelques cas, de l'organisation des muqueuses ; d'autres fois ces productions accidentelles sont formées par un tissu celluleux ou fibreux, et quelquefois même cartilagineux, dans le centre duquel on trouve quelques lamelles osseuses ou des concrétions crétacées. Ces ossifications et ces concrétions existent aussi sans kyste, et adhèrent alors immédiatement au tissu pulmonaire, ou bien se développent dans une masse de tissu cartilagineux ou tuberculeux.

HÉMOPTYSIE (par exhalation de la muqueuse).

229. *Caractères diagnostiques.* Expectoration d'un sang spumeux, rouge, vermeil, plus ou moins abondant, toujours précédée d'une toux et d'une titillation dans la ré-

gion du larynx, de la trachée-artère ou des bronches, selon que la congestion existe dans l'un ou l'autre de ces points; sentiment d'irritation et de bouillonnement dans la poitrine; conservation du son du thorax; nulle lésion de la respiration; râle muqueux, abondant et à grosses bulles. L'hémoptysie peut être périodique et remplacer un flux sanguin habituel. Elle est difficilement confondue avec l'hématémèse ou l'épistaxis.

230. *Caractères anatomiques.* Muqueuse des voies aériennes couverte de sang, offrant une multitude de points rouges; nulle trace d'érosion ou de déchirure à la surface de cette membrane.

APOPLEXIE PULMONAIRE.

231. *Caractères diagnostiques.* Invasion très-prompte, avec dyspnée intense et subite, et quelquefois même menace de suffocation. Percussion de la poitrine n'offrant que très-peu d'altération dès le principe,

mais donnant bientôt lieu à un son tout-à-fait mat dans la région affectée ; râle crépitant borné à quelques points du thorax seulement, laissant des intervalles où la respiration s'entend fort bien, et où quelquefois même elle devient puérile ; plus tard râle muqueux à grosses bulles, lesquelles traversent les bronches, viennent s'y crever, et sont suivies d'une expectoration de sang rutilant et spumeux. On peut confondre l'apoplexie pulmonaire avec le catarrhe et avec le premier degré de la pneumonie.

232. *Caractères anatomiques.* Portions de poumon ordinairement circonscrites à quelques pouces, offrant une densité semblable à celle du tissu pulmonaire hépatisé, et une couleur d'un rouge noir très-foncé ; les lavages ne lui font point perdre sa consistance. Si l'on incise ces portions de poumon, on trouve quelquefois dans leur centre du sang coagulé ; leur aspect est celui d'un caillot veineux à tissu granulé et homogène ; il est impossible d'y distinguer

les taches noires pulmonaires, ni la trace des vaisseaux, des bronches ou des intersections celluleuses qui les unissent. Le tissu qui les entoure est crépitant, souvent pâle, quelquefois rouge et infiltré de sang; mais la ligne de démarcation avec les parties frappées d'apoplexie est toujours brusque et bien tranchée.

GANGRÈNE DU POUMON.

233. *Caractères diagnostiques.* Signes d'une légère pneumonie avec prostration générale dès le début, puis expectoration de crachats diffluens, verdâtres, très-fétides, d'une odeur gangréneuse, avec toux fréquente, et quelquefois hémoptysie abondante; pectoriloquie, s'il se forme une excavation dans le poumon, et tintement métallique au stéthoscope, si cette excavation communique avec la plèvre; marche de la maladie ordinairement rapide; symptômes généraux adynamiques.

234. *Caractères anatomiques.* Si la gan-

grène n'est pas circonscrite, elle se confond insensiblement avec le tissu sain, et ce passage a lieu par une inflammation au deuxième ou au troisième degré. Le tissu du poumon est alors plus facile à déchirer, plus humide, plus divisé que dans la pneumonie au premier degré. Il est d'un blanc sale, d'un vert brunâtre ou noir, entremêlé par des portions de poumon d'un rouge livide, infiltrées d'un sang très-liquide, tandis que dans d'autres points il est ramolli et tombe en déliquescence; lorsqu'on l'incise, il s'en écoule un liquide sanieux, verdâtre et d'une fétidité gangréneuse. Quelquefois, au contraire, la gangrène est circonscrite et se présente sous la forme d'une escarre d'un noir verdâtre, assez semblable à celle que produit sur la peau l'application de la potasse caustique. Dans quelques cas, cette escarre est isolée par une excavation, mais le plus généralement elle est convertie en bouillie putride et sanguinolente, qui s'ouvre dans les bronches ou dans

la plèvre, et quelquefois dans les deux ensemble. L'excavation ulcéreuse qui en résulte, après une inflammation préalable, se recouvre d'une fausse membrane grise et molle, qui sécrète une sanie noire et d'odeur gangréneuse. Lorsque cette fausse membrane n'existe pas, ce sont les parois de la caverne qui sécrètent le fluide sanieux; ils sont d'un rouge brun; leur tissu est grenu, quelquefois fongueux et mollasse. Souvent des vaisseaux dénudés et intacts traversent ces cavités; d'autres fois, au contraire, ils sont détruits et s'ouvrent dans leur intérieur.

PNEUMO-THORAX.

235. *Caractères diagnostiques.* Marche brusque, état général grave, percussion donnant un son plus clair du côté malade que du côté sain, à moins qu'il n'existe des adhérences anciennes, et alors la résonnance n'est naturelle que dans ces points seulement. Dans le cas où le pneumo-tho-

rax est compliqué d'épanchement dans la plèvre, la poitrine résonne très-bien dans la portion qui contient l'air, tandis qu'elle est mate là où s'accumule le liquide. La respiration est complètement suspendue dans le côté malade, si ce n'est vers la racine des poumons, où elle est ordinairement peu sensible; du côté sain, qui est moins sonore, on l'entend, au contraire, très-bien. Lorsque l'épanchement est considérable, le côté affecté est dilaté. Dans tous ces cas, il y a absence de toute espèce de râle. S'il existe une fistule bronchique en même temps que pneumo-thorax, on observe la résonnance et la respiration métalliques. S'il y a épanchement gazeux et liquide, avec fistule bronchique, outre le tintement, la résonnance et la respiration métalliques, la succussion détermine un bruit qui résulte de l'agitation du liquide épanché. Dans le cas où l'épanchement liquide et gazeux existe sans fistule bronchique, ce dernier phénomène et le tintement métallique ont lieu seulement. On ne

peut confondre le pneumo-thorax qu'avec un emphysème porté à un degré extrême.

236. *Caractères anatomiques.* Fluide élastique épanché dans la cavité de la plèvre, contenant quelquefois de l'hydrogène sulfuré, existant rarement sans aucune lésion sensible, mais coïncidant le plus généralement avec un épanchement séroso-purulent, et surtout avec une perforation bronchique ; d'autres fois résultant de la rupture d'une cavité tuberculeuse dans la plèvre, ou même d'une escarre gangréneuse du poumon ; dans ce dernier cas, on retrouve toujours les traces d'une pleurésie; enfin le pneumo-thorax dépend quelquefois de la gangrène de la plèvre, d'un épanchement sanguin dans cette membrane, ou de la rupture des cellules pulmonaires.

PRODUCTIONS ACCIDENTELLES DÉVELOPPÉES DANS LA PLÈVRE.

237. *Caractères diagnostiques.* Nul signe ne peut les faire reconnaître à l'état de cru-

dité ou lorsqu'elles sont peu volumineuses; ce n'est qu'à l'époque où il se forme un épanchement séreux, que ces tissus se ramollissent et que l'on voit paraître les signes de l'hydrothorax, c'est-à-dire l'égophonie dès le début, l'absence de la respiration, la dilatation et le son mat de la poitrine; quelquefois même il s'y joint des signes de pleurésie.

238. *Caractères anatomiques.* Les productions de la plèvre offrent beaucoup de variétés quant à la nature des tissus qui les composent; tantôt elles sont formées par de la matière encéphaloïde qui se présente sous la forme de petites tumeurs peu nombreuses et combinées quelquefois à de la mélanose, la plèvre, à laquelle elles adhèrent, étant assez souvent rouge dans ce point; tantôt elles sont dues à des tubercules qui sont en général petits, granulés, transparens, grisâtres, et réunis par une fausse membrane, dans laquelle ils paraissent plutôt développés que dans la plèvre elle-même; plus tard on les trouve

opaques et jaunâtres ; rarement ils sont à l'état de ramollissement. La plèvre présente quelquefois encore à sa surface de petites granulations blanches et opaques, assez analogues au tissu fibreux, et qui paraissent être la suite d'une inflammation, ainsi qu'on l'observe sur les autres séreuses. Enfin, on trouve dans quelques cas des incrustations fibro-cartilagineuses, cartilagineuses et osseuses, développées à la surface de cette membrane.

MALADIES DU CŒUR

ET DE SES DÉPENDANCES.

AORTITE.

239. *Caractères diagnostiques*. Augmentation considérable des pulsations de l'aorte, et quelquefois même de toutes les grosses artères ; possibilité d'apprécier celles de

l'aorte thoracique vers l'échancrure du sternum ; dans quelques cas, sensation de chaleur et de douleur dans la région enflammée, pouvant s'accompagner d'anxiétés ou ou défaillance. Lorsque l'aortite devient chronique, la circulation artérielle se ralentit ordinairement, et l'on observe assez souvent alors des signes de dilatation ou d'hypertrophie du cœur. Des corps étrangers développés sur le trajet de l'aorte peuvent simuler l'aortite, surtout lorsque leur densité facilite la transmission des battemens de cette artère.

240. *Caractères anatomiques.* Rougeur variable de la membrane interne de l'aorte ou du cœur, qui paraît, dans quelques cas, comme peinte (1). Cette couleur, qui peut être écarlate, violette ou plus ou moins foncée, surtout lorsqu'elle existe dans les cavités droites et dans l'artère pulmonaire, est

---

(1) Quelques médecins regardent cette couleur comme dépendant d'une simple imbibition sanguine.

en général circonscrite. La membrane interne n'offre pas d'injection bien évidente, mais il n'en est pas de même de la celluleuse; son épaississement est peu marqué; quelquefois il existe à sa surface une exsudation albumineuse; fréquemment aussi elle est le siége de lames fibreuses, fibrocartilagineuses ou d'incrustations osseuses ou calcaires; dans ce dernier cas, toutes les membranes de l'artère sont épaissies, endurcies, friables et ont perdu de leur élasticité. Quelquefois on trouve des ulcérations, qui n'intéressent que la membrane interne ou pénètrent plus profondément dans son épaisseur.

ANÉVRYSME DE L'AORTE.

241. *Caractères diagnostiques.* Battemens forts, très-éclatans, isochrones avec ceux du pouls, se faisant par expansion, accompagnés quelquefois de bruit de soufflet, variant pour leur siége, selon le lieu qu'occupe la tumeur, et déterminant un sif-

flement particulier pendant l'acte de la respiration ou de la parole, lorsque l'anévrysme comprime la trachée-artère ou les bronches; diminution du son de la poitrine; quelquefois bruissement au-dessus du cœur, sensible à la main et surtout au stéthoscope. Les battemens artériels se font sentir sous le sternum et les cartilages des côtes, lorsque l'anévrysme affecte la portion ascendante de l'aorte; ils existent le long des vertèbres dorsales, si c'est l'aorte descendante qui est dilatée; enfin, on les observe dans le ventre, à un degré d'intensité extrême et dans une grande étendue, quand la maladie porte sur l'aorte abdominale. Lorsque la tumeur proémine à l'extérieur, son diagnostic devient, en général, assez facile. L'anévrysme de l'aorte pectorale peut être confondu avec le rétrécissement des orifices du cœur; celui de l'aorte abdominale est quelquefois simulé par des tumeurs placées sur le trajet de cette artère.

242. *Caractères anatomiques.* La dilatation contre nature de l'aorte s'observe le

plus généralement dans sa portion ascendante et dans sa courbure ; elle peut exister dans toute la circonférence de cette artère ou n'en occuper qu'une partie, et, dans ce dernier cas, son siége ordinaire a lieu vers les régions antérieure et latérales. Les trois membranes artérielles présentent presque toujours de la rougeur, des exsudations, des ulcérations ou des plaques osseuses. Dans certains cas, la dilatation ne porte pas sur toutes les tuniques du vaisseau, comme dans l'anévrysme vrai, les membranes interne et moyenne sont détruites, et la celluleuse est la seule qui forme les parois de l'anévrysme. Enfin, les parois artérielles sont quelquefois dilatées et déchirées en même temps, et le sang est épanché au-dessous de la membrane celluleuse qui lui sert de sac. La partie fibrineuse du sang qui tapisse les parois des tumeurs anévrysmales est disposée sous forme de couches successives, juxtaposées ou concentriques. Ces dernières offrent d'autant plus de densité et de décoloration,

et sont unies entre elles d'autant plus intimement qu'elles sont plus extérieures : elles sont beaucoup moins épaisses dans l'anévrysme vrai que dans celui qui s'accompagne de l'ulcération des deux tuniques internes, ou de la rupture complète des parois de l'artère.

INDURATIONS ET VÉGÉTATIONS DES VALVULES DU CŒUR.

243. *Caractères diagnostiques.* Dyspnée habituelle dès le principe, augmentant par le moindre exercice; palpitations; son âpre, étouffé, lors des contractions du cœur; légère infiltration autour des malléoles : tels sont les phénomènes qui peuvent faire soupçonner un rétrécissement commençant; mais quand il devient considérable, on le reconnaît aux signes suivans : Si la maladie affecte les orifices auriculo-ventriculaires, on entend pendant la contraction des oreillettes, qui se prolonge alors plus long-temps que de coutume, un bruit léger de râpe ou de soufflet, lequel existe d'une

manière continue : le premier a lieu lorsque le rétrécissement dépend de l'induration osseuse des valvules ; le second, quand il coïncide avec l'induration cartilagineuse, fibro-cartilagineuse, ou avec des végétations de ces mêmes parties. Lorsque le rétrécissement a son siége aux orifices artériels (*ventriculo-pulmonaire et aortique*), le bruit indiqué est isochrone aux contractions des ventricules et du pouls ; si les orifices gauches (*valvules mitrales et sygmoïdes aortiques*) sont rétrécis, le bruit de râpe ou de soufflet se fait entendre plus particulièrement dans la région des cartilages des cinquième, sixième et septième côtes gauches ; tandis que, si le rétrécissement occupe les orifices droits (*valvules tricuspides et sygmoïdes de l'artère pulmonaire*), le même bruit a lieu plus spécialement à la partie inférieure du sternum. Ce bruissement ou frémissement cataire est quelquefois sensible à la main appliquée sur la région précordiale, lorsque la valvule mitrale est ossifiée et que le rétrécissement

auriculo-ventriculaire gauche est considérable. Dans cette maladie les palpitations sont fréquentes ; les battemens du cœur généralement intermittens, inégaux et souvent très-énergiques, tandis que ceux du pouls, au contraire, sont petits et concentrés ; ils sont plus irréguliers lorsque les orifices gauches sont affectés, que quand ce sont ceux du côté droit. La face est violacée ; les membres sont infiltrés ; le malade est en proie à une dyspnée qui fait des progrès successifs et finit par devenir extrême.

244. *Caractères anatomiques.* Lorsque les valvules du cœur sont affectées dans toute leur étendue, elles sont déformées et roulées sur elles-mêmes, de manière à former une espèce de bourrelet dont l'épaisseur varie, et qui peut rétrécir l'orifice qu'elles entourent, jusqu'à ne plus lui laisser que trois à quatre lignes. La surface de la valvule qui est le siége de l'induration est quelquefois très-rouge ; elle est toujours lisse et polie, à moins qu'il n'y existe des végétations ou des aspérités osseuses ; sa con-

sistance devient celle d'un fibro-cartilage ; d'un cartilage, ou du tissu osseux. Souvent la zône fibreuse qui existe entre les feuillets de la base de la valvule est affectée seule ; d'autres fois ce sont ses pointes qui contractent entre elles des adhérences très-intimes, de manière à effacer complètement l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, lequel prend alors la forme d'un canal osseux; dans quelques cas on ne trouve dans les duplicatures de la valvule qu'une incrustation cartilagineuse ou calcaire, qui peut même la percer et se trouver ainsi en contact immédiat avec le sang ; enfin, les valvules peuvent contenir dans leur bord libre de petites concrétions pisiformes. Ces diverses altérations s'observent particulièrement aux valvules mitrales et sygmoïdes aortiques, surtout aux premières, tandis qu'au contraire elles sont excessivement rares pour les valvules tricuspides et sygmoïdes de l'artère pulmonaire.

Les végétations des valvules se présentent sous l'aspect de verrues, et ont ordi-

nairement leur siége à la surface des valvules des cavités gauches, ou beaucoup plus rarement sur les oreillettes : elles sont rondes, raboteuses, allongées, isolées, rapprochées, de couleur bleuâtre, violacée ou seulement rosée ; elles adhèrent aux parties subjacentes d'une manière très-intime ; leur texture est charnue et se rapproche beaucoup des concrétions polypeuses les plus compactes : il existe quelquefois dans leur centre un petit grumeau de sang noir. Ces végétations se présentent, dans quelques cas, sous la forme de petits kystes très-adhérens à la valvule; elles occupent de préférence leur bord libre, et s'observent principalement aux valvules aortiques et mitrales.

PÉRICARDITE.

245. *Caractères diagnostiques.* Ils sont très-douteux ; cependant, lorsque les phénomènes suivans existent, on peut soupçonner la péricardite : contractions du cœur, survenant spontanément chez un

homme sain, donnant une impulsion forte, ou même déterminant un bruit plus intense que dans l'état naturel; pulsations plus faibles et plus courtes par intervalles, et correspondant à des intermittences du pouls, qui est très-petit, insensible et fréquent : dans quelques cas, on entend un bruit semblable au craquement du cuir neuf, mais il n'existe que pendant quelques heures. Dyspnée plus ou moins grande, angoisses, anxiété considérable, syncopes au moindre mouvement; quelquefois, sensation de douleur aiguë ou lancinante, de chaleur ou d'un poids à la région du cœur; dans quelques cas, son mat de cette partie du thorax. Si la maladie est chronique, ces symptômes sont moins apparens et surviennent plus lentement; dans le cas d'adhérence du péricarde au cœur, on distingue, d'après le Dr. Sander, un mouvement ondulatoire perpétuel au-dessous de l'ondulation qu'on sent naturellement dans la région du cœur; quelquefois les contractions des oreillettes sont plus obscures que

dans l'état de santé. Pour établir le diagnostic de la péricardite, il faut que ces divers symptômes soient réunis, et encore est-il toujours très-douteux.

246. *Caractères anatomiques.* Rougeur peu intense du péricarde, souvent ponctuée, plus marquée lorsque la maladie est chronique, existant par plaques, et sans épaississement bien sensible de cette membrane. Dans le plus grand nombre des cas, il se forme une exsudation albumineuse concrète, plus ou moins épaisse, très-adhérente, consistante et couvrant toute la surface de la séreuse, ou plus rarement une seule de ses régions : une sérosité citrine, plus ou moins abondante, contenant quelques petits grumeleaux albumineux, est renfermée dans le péricarde; elle diminue beaucoup de quantité lorsque la maladie est ancienne. Plus tard, l'exsudation albumineuse est transformée en tissu lamineux, plus ou moins serré et court, au moyen duquel les deux feuillets du péricarde sont unis ensemble. Souvent on trouve à la sur-

face du cœur des plaques blanches, opaques, consistantes, très-adhérentes à la séreuse, et qui paraissent être la suite de péricardites anciennes.

HYDRO-PÉRICARDE.

247. *Caractères diagnostiques*. Très-douteux; sensation d'un poids énorme dans la région précordiale, qui résonne moins que dans l'état naturel; battemens du cœur sensibles dans une grande étendue, et variant d'intensité et de siége à chaque instant, existant tantôt à droite, tantôt à gauche, mais toujours tumultueux et obscurs; pouls petit, fréquent, irrégulier; œdématie des extrémités, du tronc et de la région précordiale; suffocation imminente par la position horizontale; fréquentes syncopes; palpitations rares.

248. *Caractères anatomiques*. Epanchement plus ou moins abondant dans le péricarde de sérosité incolore, transparente et citrine, rarement sanguinolente, moins

considérable lorsque cet épanchement est lié à une hydropisie générale, que lorsqu'il est purement local : quelquefois il existe en même temps un peu d'air dans cette membrane séreuse. Le péricarde est sain ainsi que le cœur.

HYPERTROPHIE DU CŒUR.

249. *Caractères diagnostiques.* Très-forte impulsion du ventricule gauche, entre les cartilages de la cinquième et de la sixième côte, espace dans lequel ses battemens sont quelquefois très-circonscrits; bruit sourd à la percussion; impulsion du ventricule d'autant plus prolongée que l'hypertrophie est plus considérable. La contraction de l'oreillette, au contraire, est très-brève, peu sonore, et à peine sensible, lorsqu'elle est explorée dans la région précordiale, tandis qu'elle donne un son éclatant à la partie supérieure du sternum et sous les clavicules. Battemens du cœur ne s'entendant que dans une petite étendue,

à peine appréciables sous la clavicule gauche et le haut du sternum, très-peu marqués dans le côté droit, et continuellement entendus par le malade. Palpitations peu fortes, rarement irrégulières et intermittentes. Assez souvent aussi on observe la force et le développement du pouls, l'absence du son à la région précordiale et la teinte rouge de la face, symptômes secondaires, mais auxquels on doit cependant prêter attention. Lorsque l'hypertrophie affecte le ventricule droit, on la reconnaît à une impulsion des battemens de ce ventricule, qui se fait entendre plus fortement sous la partie inférieure du sternum qu'entre les cartilages des cinquième et septième côtes sternales, et d'une manière plus marquée dans le côté droit que dans le côté gauche de la poitrine; cette impulsion coïncide, en général, avec un son mat de cette région et avec des hémoptysies assez fréquentes. Lorsque l'hypertrophie du ventricule droit coexiste avec celle du côté gauche, les signes propres à l'un et à l'autre

ont lieu, mais en général avec prédominance de ceux qui indiquent l'hypertrophie du ventricule droit.

250. *Caractères anatomiques.* Ils présentent quelques différences, selon le ventricule affecté. Lorsque l'hypertrophie occupe le ventricule gauche, il y a augmentation d'épaisseur et surtout de densité de ses parois et de sa base; l'épaississement diminue insensiblement vers la pointe, tandis qu'il est moindre à la cloison inter-ventriculaire; il est en proportion avec celui des colonnes charnues et des piliers des valvules; sa cavité se rétrécit dans le rapport de l'augmentation d'épaisseur de ses parois; la substance musculaire est plus ferme et plus colorée que dans l'état naturel. Le ventricule droit est diminué de volume dans le rapport de l'augmentation du gauche; il est aplati, et il paraît pratiqué dans l'épaisseur de ce dernier. Lorsque l'hypertrophie porte sur le ventricule droit, son épaisseur et sa densité sont toujours moindres qu'à gauche; il ne s'affaisse pas quand

on l'incise; l'épaississement est presque partout uniforme, si ce n'est vers les valvules tricuspides et l'origine de l'artère pulmonaire ; les colonnes charnues des piliers des valvules sont, au contraire, considérables.

DILATATION DES VENTRICULES ET DES OREILLETTES DU COEUR.

251. *Caractères diagnostiques.* Si c'est le ventricule gauche qui est dilaté, les contractions du cœur déterminent un son clair et bruyant entre les cartilages des cinquième et septième côtes sternales, lequel est d'autant plus marqué et d'autant plus étendu que la dilatation est plus considérable. Lorsqu'au contraire la dilatation existe du côté droit, le son du cœur est bruyant sous la partie inférieure du sternum ou bien entre les cinquième et septième cartilages des côtes droites ; l'étendue du son donne la mesure de la dilatation. S'il existe des palpitations, leur impulsion est plus faible que

dans l'état naturel. Les veines jugulaires externes sont gonflées, mais ne déterminent pas de battement; assez ordinairement la face est livide. En général, la dilatation du cœur porte sur les deux ventricules en même temps.

252. *Caractères anatomiques.* Augmentation de capacité des ventricules ou des oreillettes, coïncidant avec une diminution d'épaisseur de leurs parois, particulièrement à la pointe du ventricule droit et en avant, et étant moindre à la cloison interventriculaire : quelquefois la dilatation des ventricules est partielle ou bornée à un seul point du cœur; son tissu est d'un rouge plus ou moins foncé.

DILATATION AVEC HYPERTROPHIE DES VENTRICULES.

253. *Caractères diagnostiques.* Impulsion des ventricules forte et se faisant avec bruit; impulsion des oreillettes, sonore; grande étendue des battemens du cœur, qui s'entendent, surtout chez les sujets maigres et

les enfans, jusques dans la région postérieure du côté droit. Les contractions des ventricules sont sensibles à la main sur la région précordiale; elles sont quelquefois interrompues par des battemens brusques, secs et violens. L'auscultation donne de semblables résultats entre la cinquième et la septième côte gauche, lorsque c'est ce côté du cœur qui est malade; ordinairement alors le pouls est fort, dur, vibrant et résistant. Ces contractions ont lieu, au contraire, sous la partie inférieure du sternum, si ce sont les cavités droites qui sont altérées. Les deux côtés du cœur sont malades, si ces effets existent dans ces deux régions.

254. *Caractères anatomiques.* Ceux que nous avons décrits en parlant de chacune de ces maladies.

DILATATION ET HYPERTROPHIE DES OREILLETTES.

255. *Caractères diagnostiques.* Bruit sourd des contractions des oreillettes, au lieu

d'un son éclatant, comme cela existe dans l'état naturel. La dilatation de l'oreillette gauche étant la suite nécessaire d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté, et la dilatation de l'oreillette droite étant le résultat du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, on observe, conjointement avec le son étouffé des oreillettes, tous les signes des indurations des valvules. Lorsque la dilatation avec hypertrophie des oreillettes coïncide avec l'hypertrophie des ventricules, les contractions des oreillettes, si ces dernières ne sont pas malades, donnent un son éclatant dans la région supérieure du sternum et sous les clavicules. Cette maladie se confond avec les rétrécissemens auriculo-ventriculaires droit ou gauche.

256. *Caractères anatomiques.* La dilatation des oreillettes s'accompagne toujours d'une augmentation d'épaisseur de leurs parois, de même que leur hypertrophie entraîne constamment une augmentation de leur capacité.

CARDITE.

257. *Caractères diagnostiques.* Ils sont tellement obscurs, qu'il n'est pas possible de les donner dans l'état actuel de la science.

258. *Caractères anatomiques.* Rarement on observe la cardite, et encore n'est-elle bornée qu'à quelques points de la substance du cœur; on a trouvé alors le pus interposé entre les fibres charnues, ou quelquefois réuni en petit foyer. Quand il existe des ulcérations, elles ont lieu plutôt à sa surface interne qu'à l'externe.

RAMOLLISSEMENT DU CŒUR.

259. *Caractères diagnostiques.* Très-obscurs; on peut à peine en soupçonner l'existence lorsque, la maladie étant à l'état aigu, on observe de l'anxiété, un pouls accéléré, petit et mou, des contractions du cœur vives, précipitées et comme convulsives,

un son obscur, une impulsion très-faible et une tendance aux lipothymies; souvent la mort a lieu subitement. Lorsque le ramollissement du cœur est chronique, ses battemens, ainsi que ceux du pouls, sont très-fréquens et très-mous; les contractions de cet organe perdent de leur vivacité; elles deviennent tantôt lentes, et tantôt précipitées. Cette maladie peut se confondre très-facilement avec la péricardite.

260. *Caractères anatomiques*. Le tissu du cœur a perdu considérablement de sa cohésion; il se déchire avec la plus grande facilité; il est mou, friable et facile à pénétrer avec le doigt; ce mode d'altération peut, dans certains cas, n'exister que d'un seul côté du cœur. Ce viscère prend une couleur d'un rouge foncé ou même brunâtre, lorsque la maladie est aiguë, tandis qu'au contraire il est décoloré, pâle ou jaunâtre, si elle est chronique. Les parois des ventricules, lors même qu'elles sont le siége d'une hypertrophie, s'affaissent quand on les incise. Lorsque le ra-

mollissement est suivi de rupture, ce qui est très-rare, cet effet a lieu sur le ventricule gauche, qui est alors affecté à sa face antérieure et près de sa pointe.

ENDURCISSEMENT DU CŒUR.

261. *Caractères diagnostiques.* Lorsque cette maladie commence, on observe les phénomènes de l'hypertrophie; mais à mesure que l'endurcissement fait des progrès, l'énergie des battemens du cœur diminue; si l'induration est à un degré moyen, les contractions de cet organe sont très-fortes; on peut même les entendre à une certaine distance du malade, lorsqu'une moitié, ou une seule cavité du cœur, est passée à l'état cartilagineux ou osseux. Cette affection exige encore de nouvelles recherches, pour que son diagnostic ait quelque solidité.

262. *Caractères anatomiques.* Le tissu du cœur est quelquefois d'un rouge rosé; il présente peu d'altération, se rapproche de

la consistance des fibro-cartilages, et crie sous l'instrument lorsqu'on l'incise : d'autres fois sa densité est plus considérable, elle est semblable à celle des cartilages, et le cœur résonne alors comme un cornet. Cet état d'endurcissement, qui peut varier du plus au moins, n'a pas encore été observé dans toute l'étendue du cœur; souvent il est borné à l'une ou l'autre de ses surfaces seulement. Cette induration, qui, dans quelques cas, se présente sous forme d'incrustations, semble n'être que la propagation d'une induration semblable développée primitivement dans le péricarde. L'endurcissement du cœur peut exister avec ou sans augmentation ou diminution de la cavité affectée.

CONCRÉTIONS POLYPEUSES DU CŒUR.

263. *Caractères diagnostiques.* Lorsque ces concrétions du cœur sont récentes, elles sont susceptibles d'être reconnues à des battemens obscurs, confus et impossibles

à analyser, survenant subitement chez un sujet qui jusque-là n'avait offert que des battemens réguliers. On peut présumer que l'obstacle au cours du sang existe dans les cavités droites, si ces phénomènes ont lieu sous la partie inférieure du sternum; ce sont les cavités gauches, au contraire, qui sont rétrécies, si les battemens sont sensibles entre les cartilages de la cinquième et de la septième côte gauche. Le diagnostic devient presque certain quand le trouble des mouvemens du cœur n'existe que d'un seul côté. Lorsque ces concrétions sont très-anciennes, elles déterminent alors une dyspnée considérable, une anxiété extrême et une infiltration générale, ou bornée seulement aux parties supérieures ou inférieures du corps, selon que les concrétions occupent la veine cave supérieure ou inférieure; quelquefois l'œdématie n'existe qne dans une seule région.

264. *Caractères anatomiques.* Lorsque les concrétions sont très-récentes, elles forment autour du caillot une légère couche

blanchâtre et opaque qui n'adhère pas aux parois du cœur ou des vaisseaux; mais, plus tard, cette adhérence s'établit. Ces concrétions sont en grande partie privées de la matière colorante du sang, et ressemblent à une masse fibrineuse d'une ténacité plus ou moins considérable; dans quelques cas, elles peuvent s'organiser. Chez les sujets hydropiques, elles sont transparentes et demi-gélatiniformes lorsqu'elles commencent à se former. En général, on les trouve de préférence dans le sinus de l'oreillette droite, dans les veines caves et dans le ventricule gauche, dont elles doublent les parois dans certains cas; les colonnes charnues, auxquelles elles adhèrent alors, en sont quelquefois même aplaties. Les parois des oreillettes, et les sinus particulièrement, sont encore le siége de concrétions d'une consistance beaucoup moindre que les précédentes, assez analogues à une pâte sèche et friable, et n'ayant nullement la texture fibrineuse.

COMMUNICATION ENTRE LES CAVITÉS DU CŒUR. (Cyanose.)

265. *Signes diagnostiques.* Coloration livide, bleuâtre ou violette, de la totalité de la peau et des membranes muqueuses, surtout lorsque cette maladie existe chez de jeunes sujets et depuis la naissance; gêne continuelle de la respiration, palpitations de cœur, syncopes très-fréquentes, diminution de la chaleur générale, grande sensibilité à l'impression du froid, altération de la forme des doigts, et dans quelques cas coïncidence des signes propres à l'hypertrophie des cavités droites. Les maladies qui peuvent simuler la cyanose sont certains ictères noirs de la peau et le rétrécissement des ouvertures auriculo-ventriculaires ou des orifices artériels; mais comme cette dernière affection ne se développe le plus communément qu'à l'âge viril, elle peut facilement en être distinguée.

266. *Caractères anatomiques.* Conserva-

tion, ou quelquefois rétablissement du trou de Botal; les deux lames de la valvule qui existent chez le fœtus ne sont pas complètement réunies, de sorte qu'on peut y faire pénétrer un stylet. On trouve presque toujours alors un épaississement des parois du ventricule droit, une dilatation de l'oreillette de ce côté, ou quelque obstacle au passage du sang, soit dans le ventricule, soit dans l'artère pulmonaire. Dans quelques cas, le trou oval et le canal artériel sont conservés. D'autres fois, la cloison qui sépare les ventricules a souffert une perforation plus ou moins large, et même si considérable, que les deux ventricules semblent n'en faire qu'un; cette ouverture accidentelle est ordinairement placée vers la base du cœur, et disposée de telle sorte, que l'aorte reçoit le sang, du ventricule droit comme du gauche. On a encore trouvé les deux oreillettes imparfaitement séparées et s'ouvrant dans le ventricule droit, qui communiquait librement avec le gauche, privé d'orifice auriculaire et don-

nant naissance à l'aorte. Enfin la cyanose peut reconnaître pour cause divers autres vices de conformation du cœur, coexistant avec la conservation du trou de Botal.

ANGINE DE POITRINE.

267. *Caractères diagnostiques*. Sensation d'une forte constriction de la poitrine, avec douleur très-aiguë, lancinante, dans la région du cœur, survenant tout-à-coup et par accès, principalement pendant le jour, lorsque la maladie est récente, et n'ayant qu'une durée très-instantanée, de quelques secondes. Le pouls, lors de l'attaque, est fréquent et presqu'insensible; mais il n'est ni intermittent, ni irrégulier, à moins de complication; la douleur se propage au bras gauche, et plus rarement au droit. Le malade est en proie à de violentes angoisses, à des palpitations et à une suffocation imminente. A mesure que la maladie fait des progrès, l'engourdissement douloureux du bras s'étend à l'avant-bras, et même aux

doigts; les accès deviennent plus longs et plus fréquens, et l'idée d'une fin prochaine tourmente de plus en plus le malade. La durée de cette affection, qui est constamment mortelle, n'a rien de fixe, rien de régulier; il en est à peu près de même pour le retour des accès. L'angine de poitrine peut, dans quelques cas, être confondue avec l'emphysème des poumons, diverses affections du cœur, et surtout avec sa dilatation, avec l'hydrothorax, l'hydro-péricarde et des abcès situés dans le médiastin antérieur.

268. *Caractères anatomiques.* Ils sont entièrement inconnus. Dans quelques cas on a trouvé une très-grande quantité de graisse autour du cœur, de ses gros vaisseaux et de ses enveloppes, des altérations diverses des valvules, des adhérences anciennes du péricarde, et l'ossification des artères coronaires.

MALADIES DE L'ABDOMEN.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE SES DÉPENDANCES.

INFLAMMATION DES GENCIVES.

269. *Caractères diagnostiques.* Tuméfaction et rougeur des gencives, qui laissent échapper du sang lorsqu'on les comprime, deviennent douloureuses, et sont susceptibles, quand leur inflammation passe à l'état chronique, de présenter des excroissances assez ordinairement pourvues d'un pédicule rouge pâle, lequel recouvre quelquefois en totalité la dent voisine, acquiert une dureté qui se rapproche du tissu fibreux, et cesse alors de provoquer de la douleur. Les gen-

cives enflammées offrent assez souvent des ulcérations ou des abcès; dans quelques cas, elles restent fongueuses et saignantes.

270. *Caractères anatomiques.* Ceux qui viennent d'être décrits.

APHTES.

271. *Caractères diagnostiques.* Eruption de boutons blanchâtres, ronds, superficiels, isolés ou confluens, remplis d'une humeur glutineuse ou puriforme, faisant ordinairement place à des croûtes, ou à des ulcérations dont la surface est grisâtre ou rouge, ayant son siége sur la muqueuse buccale, et s'étendant fréquemment à l'arrière-bouche; déterminant souvent une sensation de brûlure, et constamment une difficulté plus ou moins grande de la mastication et de la déglutition. Cette maladie est souvent endémique; dans quelques cas même elle est contagieuse; elle affecte de préférence les enfans en bas âge, et alors elle prend le nom de *Muguet.* Elle

ne devient réellement grave que lorsque l'éruption passe à la gangrène, ou qu'elle se propage au tube digestif, au larynx, à la trachée; mais alors elle constitue une œsophagite, une gastro-entérite, etc.

272. *Caractères anatomiques.* Ceux qui sont désignés ci-dessus.

GLOSSITE.

273. *Caractères diagnostiques.* Douleur aiguë ou pulsative de la langue, qui devient rouge, dure et très-sensible, puis se tumé-fie et se couvre d'un enduit muqueux épais, ou d'une fausse membrane blanchâtre; son gonflement devient quelquefois tel, qu'elle abaisse l'épiglotte, comprime le larynx, et tend même à déterminer la suffocation. Pendante au dehors de la bouche, qu'elle remplit plus ou moins complètement, la langue devient immobile et incapable de servir à la prononciation; la bouche est béante, et une salive visqueuse, et souvent fétide, s'en écoule continuellement. La déglutition

est impossible, la respiration très-gênée, la face rouge et, en général, tuméfiée. Il existe assez ordinairement une toux concomitante et une fièvre plus ou moins forte.

274. *Caractères anatomiques.* Ceux qui viennent d'être décrits.

AMYGDALITE. (Angine tonsillaire.)

275. *Caractères diagnostiques.* Douleur et chaleur dans l'arrière-bouche, avec tuméfaction de l'une ou des deux amygdales, qui deviennent rouges et parsemées de points blancs, augmentant lors de la déglutition, se propageant quelquefois à la trompe d'Eustache; expuition également douloureuse du mucus guttural, qui d'abord est diminué, puis augmenté; rougeur, gonflement et abaissement de la luette; besoin fréquent d'avaler. La respiration peut devenir très-gênée lorsque l'inflammation est forte et qu'elle attaque en même temps les deux tonsilles; elle s'accompagne quelquefois de menaces de suffocation. L'amyg-

dalite coïncide souvent avec la phlegmasie du pharynx; la langue est ordinairement d'un blanc jaunâtre et couverte d'un enduit épais; très-rarement on la trouve rouge, même sur les bords.

276. *Caractères anatomiques.* Tuméfaction et rougeur plus ou moins considérable des tonsilles; suppuration ou induration de ces glandes.

PHARYNGITE.

277. *Caractères diagnostiques.* Rougeur et gonflement de la région postérieure du pharynx, qui offre quelquefois des taches blanchâtres; déglutition difficile, souvent impossible; point de gêne de la respiration; chaleur et sécheresse du pharynx, suivies d'un produit muqueux assez abondant, qui n'est expulsé qu'avec douleur. En général, la langue est sale et épaisse, mais sans rougeur. La pharyngite existe assez ordinairement avec l'amygdalite.

278. *Caractères anatomiques.* Outre les altérations que nous avons indiquées en

parlant des signes de la glossite et de l'amygdalite, nous ajouterons qu'assez souvent les divers tissus enflammés sont augmentés d'épaisseur, pénétrés de pus ou couverts de fausses membranes.

CANCER DU PHARYNX.

279. *Caractères diagnostiques.* Ses premiers symptômes sont très-obscurs ; ils consistent dans une gêne ressentie au gosier, et dans un léger embarras de la déglutition, consécutifs, en général, à une pharyngite. Le malade éprouve souvent dans le fond de la gorge des fourmillemens répétés; la déglutition devient douloureuse; les boissons sont rejetées aussitôt qu'avalées. Si l'on examine le pharynx, on trouve qu'il est irrégulièrement tuméfié, dur et insensible à la pression : plus tard, il s'y développe un ulcère inégal et à bords renversés, dont s'écoule un fluide putrilagineux et fétide ; c'est alors que les douleurs lancinantes se font sentir.

280. *Caractères anatomiques.* Les parois du pharynx sont épaisses, dures et transformées en substance squirrheuse; rarement on y trouve de la matière encéphaloïde. Les membranes muqueuse et musculaire sont presque toujours distinctes, quoique dégénérées, à moins que le squirrhe ne soit ramolli; il existe un ou plusieurs ulcères à bords durs, épais et renversés; leur surface est inégale, granuleuse ou fongueuse; elle est surmontée d'excroissances, dans lesquelles vient se perdre la membrane muqueuse. La dégénération s'étend plus ou moins aux parties environnantes.

ŒSOPHAGITE.

281. *Caractères diagnostiques.* Douleur dans un point de l'œsophage, augmentant par la pression exercée de chaque côté du col, entre la trachée et la colonne vertébrale, lorsque la phlegmasie a son siége à la partie supérieure de l'œsophage; diffi-

culté ou impossibilité de la déglutition, boissons et alimens solides déterminant quelquefois un sentiment de brûlure le long de l'œsophage ou dans une de ses régions seulement, et d'autres fois étant rejetés par les narines; hoquet continuel. Lorsque cette inflammation est devenue chronique, elle s'accompagne souvent de vomissemens, qui surviennent presque immédiatement après la déglutition des alimens.

282. *Caractères anatomiques.* Rougeur et épaississement plus ou moins considérable de la muqueuse, qui présente quelquefois des traces de fausses membranes intimement adhérentes et de peu d'épaisseur.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

283. *Caractères diagnostiques.* Souvent il débute par des hoquets et des douleurs passagères dans le fond du gosier, avec impossibilité du passage des alimens, immédiatement après la déglutition. Lorsque le cancer de l'œsophage affecte la partie su-

périeure, ses signes sont les mêmes que celui du pharynx. Si le squirrhe est situé plus bas, il existe une douleur derrière la trachée-artère, un sentiment d'érosion et de brûlure, surtout lorsque le malade fait usage de boissons alcooliques, lesquelles s'aigrissent très-promptement. Si la maladie a son siége à peu de distance du cardia, les alimens séjournent quelque temps dans un point de l'œsophage, puis sont rejetés sans effort, mêlés à des mucosités. Si le squirrhe communique avec les voies aériennes, la déglutition est suivie d'une violente quinte de toux ou d'une tendance à la suffocation.

284. *Caractères anatomiques*. Analogues à ceux du cancer du pharynx. La cavité de l'œsophage est rétrécie par l'épaississement de ses parois; tantôt la portion dégénérée a conservé une forme cylindrique, peu différente de celle de l'œsophage; tantôt elle est convertie en une masse irrégulière, adhérente à la trachée-artère, aux poumons, et même aux vertèbres dorsales.

ANGINE GANGRÉNEUSE.

285. *Caractères diagnostiques.* Il est difficile de reconnaître qu'une angine devra se terminer par gangrène, parce qu'avant cette époque il n'est aucun signe qui puisse l'annoncer, et aucun caractère qui puisse la faire distinguer des autres angines; mais, au reste, cette incertitude ne se prolonge pas long-temps, car la gangrène paraît assez promptement, quelquefois même le jour de l'invasion. Cependant, vu la gravité de cette maladie, nous dirons que cette issue funeste est à redouter, 1°. chez les femmes et les enfans faibles; 2°. chez les sujets qui présentent déjà d'autres phlegmasies gangréneuses; 3°. lorsque l'angine accompagne une scarlatine, ou toute autre éruption, dont la couleur est livide; 4°. lorsque l'angine gangréneuse règne épidémiquement; 5°. lorsque la personne affectée a assisté un individu ayant une angine gangréneuse, car il paraît constant que dans certaines

circonstances elle est contagieuse; 6°. lorsque les parties enflammées sont d'un rouge foncé ou livide, ou lorsqu'après avoir été d'un rouge vif, elles pâlissent tout-à-coup, et que cette circonstance s'accompagne de sécheresse à la gorge et de faiblesse générale considérable, ou lorsqu'on les voit se couvrir de ces fausses membranes, qu'on observe dans la plupart des angines; 7°. enfin, lorsqu'une saignée, soit locale, soit générale, amène un état de faiblesse, qui n'est en rapport ni avec la quantité de sang perdu, ni avec la force du sujet.

L'angine gangréneuse se reconnaît à une tache blanche, semblable à une couenne, se formant sur un des points de la muqueuse affectée, ordinairement sur une des tonsilles; s'étendant avec rapidité, et se joignant à des taches semblables développées dans un autre point; la muqueuse qui les entoure est pâle ou livide. Ces couennes, de blanches qu'elles étaient, deviennent ordinairement grises, et souvent finissent par passer à une couleur noire : à mesure

qu'elles se développent, la gorge cesse d'être douloureuse, la déglutition redevient facile, l'haleine perd de sa fétidité, et la prostration survient.

On reconnaît que la gangrène s'étend dans les fosses nasales, à ce que la respiration par le nez devient difficile et la voix nazillarde; des escarres et un liquide irritant ne tardent pas à sortir par les narines, dont le pourtour s'enflamme. Si la gangrène se propage aux voies aériennes, une douleur la précède dans ces parties; il s'y joint une gêne de la respiration, de l'enrouement, de l'aphonie, et enfin de la toux. Si c'est l'œsophage qui s'affecte, la déglutition est difficile et bientôt impossible. Enfin, on juge que l'isthme du gosier est obstrué, à la suffocation, à l'impossibilité de la déglutition, et à l'aspect que présente ce détroit.

286. *Caractères anatomiques.* Les amygdales, le voile du palais, le pharynx, les muqueuses buccale et nazale, l'œsophage, le larynx et la trachée, sont simultané-

ment ou séparément couverts d'escarres qui sont blancs, gris ou noirs, adhérens ou détachés, à peine putréfiés, ou dans un état de décomposition complète ; il existe des ulcérations, des perforations et des pertes de substances plus ou moins étendues.

ANGINE COUENNEUSE.

287. *Caractères diagnostiques.* Les mêmes que l'angine gangréneuse, mais à un moindre degré. Les plaques, blanches et d'aspect lardacé, ne noircissent pas. Ce ne sont que de fausses membranes, dont la chute ne laisse aucune perte de substance, et qui sont exfoliées et rejetées par le vomissement ou par des quintes de toux; d'autres fois elles s'amincissent, s'usent, et sont en quelque sorte résorbées.

ANGINE PULTACÉE.

288. *Caractères diagnostiques.* Angine très-légère, avec formation de plaques ou

flocons, d'une matière pultacée, blanche, grise ou jaunâtre, semblable à du fromage, recouvrant çà et là la muqueuse enflammée, et pouvant être facilement enlevée avec le doigt, mais se renouvelant peu-à-peu, et finissant par être rejettée par l'expuition.

GASTRO-ENTÉRITE AIGUË.

289. *Caractères diagnostiques.* Invasion par une chaleur inaccoutumée, qui augmente surtout après les repas, et survient souvent à la suite d'un coryza, d'une angine ou d'un autre catarrhe; épigastre devenant le siége d'un sentiment de compression et de pesanteur; douleurs vagues, se développant dans le ventre; lassitude générale, douleur contusive dans les membres; malaise; gorge chaude et sèche; soif plus ou moins vive; désir des boissons froides, yeux abattus, teint pâle ou jaunâtre; appétit diminué, quelquefois augmenté; digestion s'accompagnant fréquemment de coliques, de rapports, de nausées

ou de hoquets ; tantôt constipation, tantôt diarrhée. Souvent la gastro-entérite débute par de la répugnance pour les alimens et un sentiment de plénitude à l'estomac ; la bouche devient pâteuse, la langue épaisse, large et couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre. D'autres fois enfin elle survient tout-à-coup et sans prodrômes, et commence par des vomissemens, des déjections alvines avec coliques et tenesme, existant séparément ou simultanément, selon que l'inflammation prédomine dans l'estomac, l'intestin grêle ou dans les gros intestins. L'épigastre devient sensible, surtout à la pression ; quelquefois cependant cette douleur manque complètement. La céphalalgie est, en général, constante, et alors le cerveau et les membranes peuvent s'affecter secondairement. A mesure que la gastro-entérite fait des progrès, la sensibilité générale et l'activité des sens et des facultés intellectuelles s'émoussent et diminuent, sans qu'il existe constamment pour cela de véritable altération de l'encéphale ; l'appa-

reil locomoteur offre alors un trouble moins évident que dans les affections essentielles du cerveau. On observe une chaleur sèche de la peau, une fréquence du pouls et une rougeur de la langue, qui ne dépendent que du degré de l'inflammation; dans la gastro-entérite, il existe plus fréquemment de la stupeur que du délire, et plutôt une prostration musculaire que de la paralysie et des spasmes; lorsque ces derniers phénomènes se développent, surtout d'un seul côté du corps, c'est un signe de complication encéphalique. Le pouls, pendant le cours de la gastro-entérite, est assez constamment fréquent; dès le principe il est développé; il ne tarde pas à devenir petit, concentré, irrégulier et intermittent, lorsque cette phlegmasie prend beaucoup d'intensité; dans quelques cas, cependant, cette fréquence est peu marquée, surtout lorsque les sujets sont lymphatiques. L'urine est ordinairement rare et rouge; l'origine de toutes les muqueuses est également rouge; la conjonctive est injectée,

la pituitaire sèche. La bouche, pâteuse dans les premières nuances de la gastro-entérite, devient sèche et chaude lorsque cette inflammation devient plus intense. La langue, qui était blanche ou jaunâtre, etc., comme nous l'avons indiqué en parlant du début, devient rouge à sa circonférence et à sa pointe, et même sur toute sa surface, dès que la maladie fait des progrès; d'autres fois sa partie antérieure est le siége d'une multitude de petits points rouges saillans ou violacés, quelquefois de couleur de sang, tandis que les intervalles qu'ils laissent entre eux sont d'une teinte pâle, ou recouverts d'un enduit muqueux : ce dernier état appartient davantage aux gastro-entérites légères ou à celles qui sont chroniques. Le plus souvent la langue est recouverte d'un mucus épais et adhérent; sa sécheresse et son étroitesse augmentent avec l'intensité de la phlegmasie, et c'est alors qu'elle se couvre, ainsi que les gencives, les dents et les lèvres, d'un enduit brunâtre, noirâtre et fuligineux. La soif est

plus ou moins vive, et le devient davantage à mesure que la phlegmasie se propage de l'estomac à l'intestin grêle; la peau est presque toujours sèche et aride, avec chaleur plus ou moins vive, âcre ou mordicante, sur toutes les parties du corps, ou seulement sur la poitrine et le ventre. Enfin, dans le dernier degré de la gastro-entérite, la physionomie annonce la souffrance; les yeux sont rouges, ternes ou abattus, les ailes du nez dilatées, et les pommettes saillantes et souvent d'une couleur lie de vin.

290. *Caractères anatomiques.* La membrane extérieure de l'estomac ne présente le plus ordinairement aucune altération. Souvent ce viscère est distendu par des gaz, d'autres fois il est contracté. La muqueuse gastrique est tantôt pointillée de rouge, ou couverte de taches formées par du sang épanché dans le tissu même de la membrane; tantôt la couleur rouge est uniforme et étendue sur toute la surface de l'estomac, et particulièrement vers le cardia et le pylore, qui sont entourés d'un

cercle rouge plus intense. Quelquefois la rougeur semble suivre la direction des vaisseaux sanguins, qui paraissent injectés et simulent des herborisations. Cette couleur est d'un rouge écarlate ou d'une teinte obscure et presque brune, mélangée de l'une ou de l'autre, ou insensiblement fondue. Dans quelques cas il existe un emphysème sous-muqueux. La gangrène y est très-rare. Il en est de même des ulcérations, ce ne sont guères que de légères érosions qui ne pénètrent pas jusqu'à la membrane musculaire. Lorsque les follicules muqueuses sont enflammées, ils présentent l'aspect de petits boutons rougeâtres. Lorsque la contraction de l'estomac coïncide avec son inflammation, les rides de la muqueuse sont très-marquées, et la rougeur y est plus intense qu'ailleurs.

291. Les intestins grêles paraissent ordinairement sains à leur extérieur; mais souvent aussi, lorsque l'inflammation est intense, on aperçoit, à travers leurs tuniques, la rougeur de la muqueuse; à côté

d'anses d'intestins dilatés, on en trouve d'autres qui sont contractés. La rougeur, sur la muqueuse intestinale, présente des interruptions nombreuses et subites; son intensité est, en général, moindre sur le duodénum que sur l'extrémité opposée de l'intestin. Si l'inflammation est peu vive, les valvules conniventes sont phlogosées, et l'intervalle qui les sépare ne l'est pas. A un degré plus avancé, on trouve des plaques plus ou moins rouges, et une forte injection des vaisseaux. Des mucosités assez adhérentes recouvrent ordinairement la muqueuse. Les tuniques séreuse et musculeuse ne participent pas à la phlegmasie. La gangrène de l'intestin est rare; alors il est noir, mat, très-friable et répand une odeur gangréneuse. Les ulcères des intestins grêles sont, au contraire, très-communs; leur siége le plus ordinaire est dans l'iléon, et surtout vers la valvule iléo-cœcale : bornés ordinairement à la muqueuse, ils peuvent cependant pénétrer les trois membranes et perforer

l'intestin. Tantôt leurs bords sont coupés perpendiculairement; tantôt ils sont rugueux, épais et irréguliers; leur circonférence est rouge ou pâle; leur fond présente souvent, d'une manière évidente, les fibres de la membrane musculaire. Lorsque ces ulcères sont sur le point de se cicatriser, leurs bords s'affaissent, s'allongent et finissent par se réunir, en laissant une petite éminence qui disparaît plus tard et fait place à une dépression. Si l'ulcère est plus large, il se cicatrise au moyen d'une pellicule blanchâtre ou rosée; et s'il est très-grand, la muqueuse se fronce en rayonnant, de telle sorte que l'intestin peut être rétréci dans cet endroit. La muqueuse de l'intestin grêle offre souvent un épaississement en forme de plaques ou d'excroissances, dont l'intérieur est rougeâtre, grisâtre ou blanchâtre, d'une ténacité assez grande, et qui se remarque davantage vers la valvule iléo-cœcale et chez les jeunes sujets; les autres portions de l'intestin grêle sont alors rarement altérées. Les

follicules muqueux enflammés présentent de nombreux boutons, déprimés à leur centre, durs, et qui, plus tard, se ramollissent et contiennent du pus, ou bien se montrent sous la forme de plaques brunes et circonscrites, et sans gonflement. Les invaginations, que l'on trouve assez communément avec l'entérite, ont lieu par l'introduction du bout supérieur dans l'inférieur, ou, plus rarement, par celle de l'inférieur dans le supérieur.

GASTRO-ENTÉRITE CHRONIQUE.

292. *Caractères diagnostiques.* Consécutive à une gastro-entérite aiguë, ou ne survenant que d'une manière lente et graduée, et se bornant, dans ce dernier cas, aux prodromes de cette phlegmasie dans son état d'acuité. Malaise épigastrique; souvent barre transversale et douloureuse, s'étendant de l'un à l'autre hypocondre, et surtout à droite, étant continue, irrégulière ou intermittente, augmentant après

les repas, et d'autant plus qu'ils ont été plus abondans ou composés de substances plus irritantes; enfin s'exaspérant par la tristesse. Cette douleur est tantôt lancinante, pongitive, brûlante, déchirante, et s'accompagne d'un sentiment de constriction à l'œsophage, ou de gêne de la déglutition et de la respiration, avec sentiment de compression à la base du thorax ou dans un de ses points seulement; tantôt elle coïncide avec une toux sèche; d'autres fois la douleur existe seulement à l'épigastre, qui ne peut supporter alors la moindre pression. L'anorexie est presque constante; quelquefois, au contraire, le malade a un appétit extraordinaire, qui est bientôt suivi de dégoût; les digestions sont difficiles; on observe à leur suite des rapports acides, nidoreux ou très-âcres; souvent il existe de la soif et un sentiment de plénitude à l'épigastre. Les idées sont embarrassées; la tête est pesante; il y a de l'accablement, de la somnolence, de la répugnance pour les mouvemens;

la peau est chaude, surtout à la paume des mains; le pouls est tendu et généralement fréquent; des vomissemens ont lieu lorsque l'estomac est surchargé ou davantage irrité; il existe une constipation habituelle et opiniâtre, interrompue de temps à autre par une diarrhée de peu de durée. Le plus ordinairement la langue est rétrécie et rouge à sa pointe et à sa circonférence, ou même sur toute sa surface; dans d'autres cas, elle est seulement pointillée de rouge, ou recouverte d'un enduit muqueux plus ou moins sec; l'haleine est fétide; la soif et la chaleur de la peau augmentent après les repas; le pouls prend de la fréquence, surtout le soir; la bouche est généralement amère le matin; la face est jaunâtre. Les malades sont tristes, inquiets, abattus, méfians, irascibles, et éprouvent, principalement lorsqu'ils sont nerveux, des hallucinations, des erreurs de jugement, ou d'autres troubles des fonctions mentales; la face se ride, son expression s'altère, sa couleur devient bla-

farde, jaune-paille, tandis que les pommettes restent assez souvent rouges et livides ; le système musculaire est toujours plus ou moins affaibli, et les malades ont de la répugnance pour tout mouvement ; la peau finit par adhérer aux os et aux muscles, s'affaisse dans leurs interstices, et devient d'un rouge obscur ou d'un jaune d'ocre. Tels sont les signes de la gastro-entérite chronique ; mais ils sont loin d'être toujours réunis chez le même sujet : souvent on n'en observe qu'un seul ou quelques-uns, et l'on peut dire à cet égard qu'il existe des différences et des variétés très-multipliées.

293. *Caractères anatomiques.* Souvent l'extrémité gauche de l'estomac est amincie et se rompt avec la plus grande facilité. La muqueuse, ramollie, varie de couleur depuis le blanc terne et le gris, jusqu'au rouge lie de vin ; grattée avec le scalpel elle s'enlève facilement sous forme de pulpe ; d'autres fois elle présente de petites érosions ; s'il existe une injection de ses vaisseaux, le

sang y est bleuâtre et la muqueuse présente alors des plaques violacées ou seulement brunes; cette membrane est généralement amincie, surtout vers le bas fond de l'estomac, ou elle peut même offrir des perforations à bords irréguliers. A mesure que l'on s'éloigne de cette région, la muqueuse s'épaissit et rougit, ce qui tient, dans quelques cas, à un état variqueux de ses vaisseaux. Les ulcères y sont communs, et ont lieu, en général, vers le pylore et le cardia, où ils traversent toutes les tuniques de l'estomac. Quelquefois la muqueuse présente une couleur ardoisée plus ou moins étendue, ou même une teinte noire, qui ne s'accompagne d'aucune altération de consistance de cette membrane.

294. Les intestins grêles sont, en général, pâles à l'extérieur; quelquefois ils sont très-contractés, ou même rétrécis. Les altérations de la muqueuse intestinale occupent particulièrement la partie supérieure et moyenne. Les ulcères sont très-fréquens dans le duodénum et le jéjunum;

ils sont plus étendus et plus profonds que dans l'état aigu ; enfin la couleur de la muqueuse passe à la teinte bleu-ardoisée, et présente une grande analogie avec celle de l'estomac.

CANCER DE L'ESTOMAC.

295. *Caractères diagnostiques.* Maladie le plus généralement consécutive à la gastrite chronique, ne survenant guère que chez des sujets qui ont passé trente ans, et qui ont fait abus de boissons alcooliques ou de médicamens excitans; pouvant être reconnue à un sentiment de malaise et à une douleur sourde ayant son siége à l'épigastre, s'étendant quelquefois dans la direction de l'œsophage, dans les hypocondres, ou occupant la région lombaire; donnant lieu à des flatuosités habituelles, à des rapports acides ou nidoreux, à des nausées, à des vomissemens d'un liquide d'abord aqueux, puis mêlé d'alimens non altérés, et enfin combiné avec une matière brunâtre, devenant de plus en plus

fréquens, et finissant par être habituels; tous les alimens ne sont pas également vomis, et les plus indigestes sont quelquefois ceux que l'estomac supporte le mieux. L'épigastre, à cette époque, est assez souvent le siége d'une tumeur irrégulière qui peut faire saillie à l'extérieur ou n'être appréciable seulement qu'au toucher. Souvent le cancer de l'estomac détermine une toux accompagnée d'une expectoration aqueuse abondante. Bientôt la peau devient terne, d'un jaune-paille, l'appétit se dissipe complètement, le sujet maigrit ou s'œdématie; les matières vomies prennent une couleur de suie; la face se grippe; les douleurs acquièrent de plus en plus d'intensité; la diarrhée fait place à la constipation; la fièvre est continuelle, et le malade s'éteint en conservant la liberté de ses facultés intellectuelles. On peut soupçonner que telle ou telle région de l'estomac est altérée lorsque les symptômes suivans existent.

Si le pylore est exclusivement ou particulièrement affecté, les vomissemens sont

très-abondans et n'ont lieu qu'au bout d'un certain temps après les repas ; l'épigastre est beaucoup plus météorisé, la tumeur occupe davantage le côté droit, entre les fausses côtes et l'ombilic : la diarrhée ne survient qu'après son obstruction ou l'ulcération de son contour.

Si c'est le cardia qui est le siége du cancer, il n'existe point de tumeur à l'épigastre, les douleurs se font sentir à la partie supérieure du creux de l'estomac et dans le dos : souvent les malades rendent des gorgées de mucosités et même des alimens non altérés, ou sont tourmentés par une salivation abondante.

Quand le squirrhe occupe le corps de l'estomac, et c'est ordinairement sa petite courbure, le malade ne prend que peu d'alimens et de boissons ; ceux-ci déterminent toujours une distension très-douloureuse de ce viscère, et sont vomis peu de temps après leur ingestion.

La dégénérescence de la totalité du corps de l'estomac paraît déterminer des douleurs

presque continuelles et peu de vomissemens, ce qui se remarque aussi quand cet organe a contracté des adhérences avec les parties voisines.

Les nausées ne surviennent que lorsque le pylore est rétréci, l'estomac partiellement ulcéré ou récemment perforé, ou lorsqu'il existe quelqu'inflammation abdominale concomitante.

Le cancer de l'estomac peut être confondu avec certains vomissemens chroniques nerveux, avec la gastrite chronique, avec des tumeurs formées par l'accumulation de matières fécales dans le colon, et avec l'anévrysme de l'aorte abdominale.

296. *Caractères anatomiques.* Quand la dégénération existe au pylore, l'estomac est très-ample ; dans les autres cas ce viscère est presque toujours moins volumineux que dans l'état sain. Il est rempli d'un liquide noirâtre, qui peut exister avec ou sans ulcères. L'épaisseur de la portion altérée est de deux lignes à un demi pouce et plus ; sa surface interne est inégale,

ulcérée et couverte de fongosités blanchâtres, grisâtres ou noirâtres, dans l'intervalle desquelles se trouvent de nombreuses dépressions; sa surface externe est libre ou adhérente au foie, au péritoine et aux autres parties voisines. Cette dégénérescence est formée par du tissu squirrheux, par de la matière cérébriforme, ou quelquefois par l'une et l'autre. Dans le principe on peut encore distinguer la muqueuse des autres membranes de l'estomac; elle est d'un blanc mat et d'un tissu homogène, tandis que la musculaire, plus ferme, plus épaisse, est d'une couleur bleuâtre. Rarement le squirrhe du cardia s'étend à l'œsophage, et celui du pylore au duodénum.

HÉMATÉMÈSE.

297. *Caractéres diagnostiques.* Flatuosités, anxiétés, lassitudes générales, douleur à l'épigastre, froid des extrémités, suivis de vomissemens, plus ou moins fréquens et rapprochés, d'un sang pur non

écumeux, mais le plus généralement noir, grumelé ou combiné aux matières contenues dans l'estomac; ayant lieu sans toux et sans fièvre, et s'accompagnant d'une distension de l'hypocondre gauche lorsque le sang s'accumule en certaine quantité dans l'estomac; souvent les selles sont également sanguinolentes.

298. *Caractères anatomiques.* Tantôt la muqueuse gastrique est d'un brun noirâtre et ses vaisseaux sont gorgés de sang; rarement ils sont déchirés; l'hémorrhagie a lieu par simple exhalation; tantôt cette membrane est rouge ou présente çà et là des plaques semblables à des ecchymoses, recouvertes de sang adhérent, et conservant leur couleur malgré les lotions.

COLITE AIGUË. (Phlegmasie aiguë des gros intestins.)

299. *Caractères diagnostiques.* Diarrhée passagère sans phénomènes généraux, si l'inflammation est peu intense, ou s'il n'existe qu'une irritation légère; douleurs

vagues dans l'abdomen et autour de l'ombilic, pouvant acquérir beaucoup d'intensité, mais par intervalles seulement; borborygmes, sentiment de pesanteur dans le petit bassin, précédant les évacuations et se faisant de nouveau ressentir quelques heures après; selles, en général, peu abondantes, formées de matières muqueuses, séreuses ou bilieuses, très-fréquentes, déterminant à la marge de l'anus un sentiment de chaleur, et quelquefois des épreintes, surtout si elles ont lieu à des époques très-rapprochées. Lorsque la colite existe à ce degré, elle se complique alors de gastro-entérite, et conséquemment de fièvre et des autres symptômes généraux propres à cette phlegmasie.

300. *Caractères diagnostiques de la dysenterie.* Souvent épidémique, pouvant devenir contagieuse si elle est liée à un typhus contagieux; débutant par des symptômes légers ou par une prostration générale, avec des coliques très-fortes qui deviennent de plus en plus vives, et détermi-

nent un sentiment de tortillement qui commence dans la région du colon transverse et va se terminer à l'anus; besoin fréquent d'aller à la selle, s'accompagnant d'efforts considérables et souvent impuissans, suivi de déjections de quelques mucosités filantes, mêlées de stries sanguinolentes ou de sang pur, qui ne soulagent que momentanément; épreintes douloureuses, chaleur vive et brûlante à l'anus, dans l'intervalle des tranchées; la pression de l'abdomen ne détermine pas de douleur bien vive; la faiblesse, qui est quelquefois extrême, est ordinairement en rapport avec la violence des coliques et la fréquence des évacuations.

301. *Caractères anatomiques.* Les gros intestins paraissent assez généralement sains à l'extérieur. Ils sont contractés lorsque la phlegmasie est récente, tandis que plus tard ils sont très-dilatés. La valvule iléo-cœcale et les gros intestins présentent des points rouges nombreux, quelquefois des taches plus ou moins noirâtres. On y trouve assez souvent des ulcères. Le voisi-

nage de la valvule iléo-cœcale est fréquemment le siége de pustules rougeâtres ou brunâtres dépendant du développement des follicules muqueux. Dans la dysenterie, c'est à la valvule iléo-cœcale et au commencement du colon que la rougeur est la plus marquée ; on l'observe moins vers l'S iliaque et au rectum. Les ganglions mésentériques correspondant aux régions enflammées sont souvent tuméfiés et plus ou moins rouges.

COLITE CHRONIQUE.

302. *Caractères diagnostiques.* Elle succède à la colite aiguë ou existe primitivement sous cette forme ; souvent dans ce dernier cas elle se développe sous l'influence de l'inflammation chronique d'un autre viscère. Les coliques et le ténesme sont peu intenses ou même n'existent pas ; la diarrhée est abondante et moins fréquente que quand cette maladie est aiguë ; les évacuations alvines offrent des variétés

de couleur, de consistance et de quantité. Quelquefois les alimens traversent toute l'étendue du tube digestif sans avoir été altérés, ce qui constitue la *lienterie*. La face devient pâle, ridée et d'un jaune sale; la peau est sèche, rude au toucher, et prend un aspect terreux; des sueurs ont lieu le matin, les extrémités thoraciques s'infiltrent, et le malade succombe ordinairement alors à une gastro-entérite aiguë, qui vient compliquer la colite.

303. *Caractères anatomiques.* La valvule iléo-cœcale présente des altérations plus ou moins profondes, des ulcérations, des épaississemens, avec augmentation de densité de la muqueuse, qui prend une couleur d'un brun noirâtre; tantôt l'inflammation existe sous la forme pustuleuse, tantôt sous la forme diffuse; les follicules muqueux enflammés prennent l'aspect de boutons charnus, blanchâtres ou rougeâtres, déprimés à leur centre, et qui, à une époque plus avancée, se remplissent de pus et prennent une couleur blanche,

tandis que leur base est environnée par un cercle rougeâtre. Le tissu cellulaire subjacent passe quelquefois à la suppuration, et alors la muqueuse se détache de la membrane musculaire par lambeaux plus ou moins étendus.

CANCER DES INTESTINS.

304. *Caractères diagnostiques.* Constipation habituelle, consécutive à une entérite chronique; coliques passagères d'abord, puis, au bout d'un temps généralement long, devenant fréquentes, s'accompagnant de borborygmes, de gonflement douloureux du ventre, sans altération notable de l'appétit, ni trouble du pouls; amaigrissement progressif, distension de l'abdomen d'autant plus grande que le squirrhe est plus éloigné du pylore, et que le rétrécissement est plus considérable; quelquefois déjections alvines liquides, mêlées de sang ou de pus. Lorsque le cancer est volumineux, il fait saillie sous les tégumens de

l'abdomen, et la pression permet d'en reconnaître le siége. Cette maladie, dont le diagnostic est très-difficile, peut être facilement confondue avec des tumeurs développées dans le ventre.

305. *Caractères anatomiques.* Les mêmes que ceux de l'estomac.

INDIGESTION.

306. *Caractères diagnostiques.* Sentiment de plénitude et de pesanteur à l'estomac, survenant ordinairement quelques heures après le repas, surtout lorsque les alimens ont été trop abondans ou de mauvaise qualité, et s'accompagnant de distension et de sensibilité de la région épigastrique, de malaise général, de nausées, de gêne plus ou moins considérable de la respiration, de céphalalgie sus-orbitaire et gravative, de rapports aigres ou nidoreux, quelquefois de hoquets, phénomènes qui se dissipent en partie lorsqu'il survient des vomissemens; ces derniers se composent d'ali-

mens aigres et à demi-digérés; quelquefois il s'y joint des borborygmes, des vents et de la diarrhée.

307. *Caractères anatomiques.* L'estomac est rempli d'alimens à demi digérés, et dont on reconnaît encore la nature; ce viscère est, ainsi que les intestins, distendu par des gaz d'une odeur aigre; le jéjunum est ordinairement rempli d'alimens; l'iléon contient une bouillie liquide, qui a déjà l'apparence excrémentitielle. Quelquefois la muqueuse gastro-intestinale présente des traces d'une légère phlogose. Dans certains cas on trouve des alimens ou des liquides dans la trachée-artère, lesquels y ont pénétré lors des vomissemens.

CHOLERA-MORBUS.

308. *Caractères diagnostiques.* Vomissemens et déjections alvines de liquides verts blanchâtres, brunâtres, muqueux ou bilieux, survenant d'une manière brusque,

se répétant très-fréquemment, et menaçant toujours directement et promptement la vie; s'accompagnant de douleurs très-vives à l'estomac, de coliques violentes que la pression n'augmente pas toujours, d'une anxiété précordiale extrême, d'angoisses, de syncopes, et, dans un grand nombre de cas, de crampes dans les membres. Dans cette maladie, qui peut être endémique ou même épidémique, surtout dans les pays chauds, le pouls est petit et très-concentré, les extrémités sont froides, et la face éprouve, dès le principe, un amaigrissement et une altération tout à fait remarquables. Le choléra-morbus est souvent le résultat d'ingestion de certaines substances délétères.

309. *Caractéres anatomiques.* Lorsque la mort a lieu très-promptement, quelques heures après l'invasion du choléra-morbus, on ne trouve pas ordinairement d'altération de la muqueuse gastro-intestinale; dans quelques épidémies, cependant, l'estomac et les intestins étaient très-en-

flammés et rétrécis ; mais lorsque la mort survient après plusieurs jours, cette membrane est souvent alors le siége d'une rougeur plus ou moins intense.

ÉTRANGLEMENT INTERNE.

310. *Caractères diagnostiques.* En général, difficiles, et souvent même impossibles. L'étranglement interne débute ordinairement par une constipation opiniâtre, qui ne cède à aucun purgatif; quelquefois il arrive seulement qu'un lavement fait rendre quelques matières accumulées dans le bout inférieur de l'intestin ; mais ces évacuations ne persistent pas, les gaz cessent même de s'en échapper. Bientôt le ventre se météorise, quelquefois d'une manière inégale, de telle sorte que plusieurs circonvolutions intestinales deviennent saillantes à travers les parois de l'abdomen. A cet état succèdent des nausées, des hoquets, des coliques, et, dans quelques cas, une douleur fixe dans un point du ventre ; puis

surviennent des vomissemens muqueux, bilieux, et enfin de matières stercorales : ces derniers effets n'ont cependant pas toujours lieu (1) ; chez quelques individus même on n'observe qu'une inertie complète du canal intestinal, un affaiblissement général et un refroidissement des membres, qui bientôt est suivi de la mort.

311. *Caractères anatomiques.* Tantôt l'étranglement intestinal s'opère au moyen d'anciennes brides ou adhérences, développées sur l'épiploon ou entre les circonvolutions intestinales à la suite d'une péritonite chronique ; l'intestin se glisse entre ces productions celluleuses, s'y entortille et s'y trouve pincé et comprimé ; tantôt, sans qu'il existe d'adhérences ou de brides celluleuses, l'intestin éprouve une double torsion et se contourne sur lui-même ; le nœud qui en résulte, se resserre

---

(1) Voyez les Réflexions que nous avons présentées sur cette maladie, dans le tome LXX, pag. 347, de la *Bibliothèque Médicale*, année 1820.

de plus en plus, à mesure que le volume du tube digestif est augmenté, par le météorisme qui survient alors, et par les lavemens et les boissons que l'on fait prendre au malade.

COLIQUES NERVEUSES.

312. *Caractères diagnostiques.* Invasion ordinairement subite par un sentiment de tortillement, ayant son siége de préférence autour de l'ombilic ou dans le trajet du colon, n'augmentant point par la pression, en étant, au contraire, assez fréquemment soulagée; s'accompagnant de borborygmes, de constipation, d'un pouls petit et serré, d'anxiété, et d'une altération profonde de la face.

313. *Caractères anatomiques.* On ne trouve aucune altération des viscères de l'abdomen.

COLIQUE DE PLOMB.

314. *Caractères diagnostiques.* Douleurs abdominales vives, survenant toujours chez

des individus qui travaillent le plomb ou ses diverses préparations, n'augmentant point par la pression, et en étant même souvent soulagés; déjections alvines difficiles, douloureuses, puis constipation opiniâtre; tranchées ressenties vers l'ombilic; rétraction de l'abdomen, qui est en général dur; nausées, vomissemens; difficulté ou impossibilité d'uriner; douleurs vagues ou atroces dans les membres; paralysie ou faiblesse extrême des muscles extenseurs des doigts; quelquefois convulsions des extrémités thoraciques; lenteur et dureté du pouls; dans quelques cas, céphalalgie très-forte, dyspnée revenant par accès, sensation de serrement à la région précordiale coïncidant avec l'engourdissement des bras.

315. *Caractères anatomiques.* Nuls.

CANCER DU RECTUM.

316. *Caractères diagnostiques.* Pesanteur ou gêne dans le fondement; douleurs brûlantes, surtout lors de l'excrétion des ma-

tières fécales; puis ténesme, accompagné ou non de petites coliques, de borborygmes et d'un léger écoulement muqueux ou sanguinolent. Le doigt, introduit dans le rectum, fait reconnaître que son orifice est dur et rétréci, qu'il existe dans son trajet des bosselures inégales, ou un endurcissement circulaire en forme de bourrelet, dont la pression ne détermine pas de douleur; plus tard surviennent des élancemens, que la compression n'augmente ordinairement pas. L'anus se rétrécit de plus en plus, des coliques violentes ont lieu; les matières, si elles sont molles, sont rendues sous forme de cordon, mais toujours avec des douleurs très-aiguës. Quand l'ulcération s'établit, elle s'accompagne d'un écoulement sanieux et purulent, de diarrhée ou d'une constipation opiniâtre. Le cancer du rectum peut être confondu avec l'engorgement lymphatique des environs de l'anus, avec des ulcères vénériens et certaines hémorrhoïdes.

317. *Caractères anatomiques.* La dégé-

nérescence n'est pas toujours bornée à l'extrémité du rectum; elle se prolonge quelquefois à la hauteur de plusieurs pouces dans cet intestin. L'aspect de ce cancer et son mode d'altération sont entièrement conformes à celui de l'œsophage.

HÉMORRHOÏDES.

318. *Caractères diagnostiques.* Fluxion sur l'extrémité inférieure du rectum, sujette à des retours périodiques ou irréguliers; s'accompagnant d'un sentiment de tension, de pesanteur et de démangeaison dans le voisinage de l'anus, de petits élancemens, de pesanteur dans les lombes et le périnée, de fréquentes envies d'aller à la garderobe et d'uriner; pouvant exister avec un écoulement sanguin, ou, plus rarement, muqueux; entraînant souvent à sa suite le développement de tumeurs qui peuvent être sèches ou saignantes, douloureuses ou indolentes, qui tantôt dépendent d'un état variqueux des veines du

rectum, et tantôt sont celluleuses et formées aux dépens de l'intestin. Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent être confondues avec les excroissances vénériennes, avec un polype ou une tumeur fongueuse du rectum.

319. *Caractères anatomiques.* Les tumeurs hémorrhoïdales se présentent sous la forme de tumeurs plus ou moins volumineuses, plus ou moins rapprochées, développées au milieu du tissu cellulaire dense qui unit la muqueuse à la membrane musculeuse, et renfermées dans une sorte de kyste, mince, lisse à son intérieur, ou quelquefois hérissé de villosités, et adhérant au tissu cellulaire sous-muqueux par sa surface externe. Dans d'autres cas, ces tumeurs sont formées par un tissu spongieux, rougeâtre, vasculaire, par une sorte de parenchyme ou tissu mollasse et fongueux, analogue au tissu érectile. Quelquefois elles dépendent uniquement d'une dilatation partielle des veines, ce dont il est très-facile de s'assurer en y introduisant un stylet.

VERS INTESTINAUX.

320. *Caractères diagnostiques.* Variables selon l'espèce de vers : tantôt on observe des symptômes directs, tels que dégoûts instantanés, augmentation de l'appétit, nausées, vomissemens, coliques, hoquets, borborygmes, ténesme, flatuosités; tantôt des phénomènes sympathiques dont les principaux sont la dilatation des pupilles, le prurit des ailes du nez, l'agitation pendant le sommeil, des sueurs aigres, des irrégularités du pouls et une haleine acide.

Ascarides lombricoïdes. Sentiment de prurit avec douleur pongitive dans un ou plusieurs points du canal digestif, et particulièrement vers l'ombilic; sortie d'un ou de plusieurs lombrics par la bouche ou l'anus.

Ascarides vermiculaires. Irritation sourde et prurit au pourtour de l'anus, se faisant sentir surtout aux approches de la nuit;

sortie d'ascarides nombreux avec les matières fécales.

Tœnia. Sentiment de tournoiement et de pesanteur dans l'abdomen, de piqûre ou de morsure dans le voisinage de l'estomac; gonflement, affaissement ondulatoire du bas-ventre; appétit très-grand, ptyalisme; sortie de fragmens de tœnia par le vomissement ou avec les selles.

321. *Caractères anatomiques.* Différens selon l'espèce de vers.

Ascarides lombricoïdes. Corps blanchâtre d'un gris rosé, rond, de quatre à douze pouces de longueur, très-élastique; queue terminée en pointe mousse; tête munie de trois tubercules oblongs, entre lesquels se trouve la tête.

Ascarides vermiculaires. Corps long de deux à neuf lignes, très-grêle; queue terminée en pointe très-fine et transparente; tête munie de deux vésicules latérales et transparentes, ou de trois tubercules.

Tœnia. Corps aplati, articulé, très-long, portant à son extrémité la plus ténue une

tête tuberculeuse et une bouche entourée de quatre suçoirs; il en existe plusieurs variétés.

HÉPATITE.

322. *Caractères diagnostiques.* Douleur sourde, plus ou moins profonde, ayant son siége dans l'hypocondre droit, augmentant par la pression, par une grande inspiration et par la toux; diminuant souvent, au contraire, lorsque le malade se courbe en deux; dans quelques cas, une douleur aiguë se fait sentir dans l'épaule droite et le long de la colonne vertébrale; le volume et la densité du foie peuvent être augmentés: ce viscère dépasse alors les fausses côtes et se prolonge plus ou moins bas dans l'abdomen; le décubitus a lieu sur le côté droit; il est quelquefois impossible sur le dos et surtout sur le côté gauche; la respiration et les digestions sont difficiles; dans quelques cas il existe une petite toux sèche; assez généralement on observe une teinte plus ou moins jaune de la peau et de

la conjonctive, des urines safranées, de la constipation et des matières fécales grisâtres et décolorées. Lorsque l'hépatite se termine par suppuration, une tumeur avec fluctuation se manifeste au-dessous des tégumens du côté droit. Cette maladie, qui est beaucoup plus commune dans les pays chauds que dans nos climats, est toujours d'un diagnostic difficile; jusqu'ici on lui a constamment assigné des symptômes qui appartiennent à la péritonite de sa surface concave ou convexe. L'hépatite peut être très-facilement confondue avec la pleurésie et surtout avec la péritonite.

323. *Caractères anatomiques*. Outre ceux qui dépendent de la présence du pus dans le foie, on peut avancer qu'on ignore à-peu-près complètement le mode d'altération que présente cet organe lorsqu'il est enflammé : tantôt le pus est infiltré dans la substance du foie; tantôt il est réuni en un foyer plus ou moins considérable, qui peut s'ouvrir à travers les tégumens, dans la cavité de la poitrine, dans les ramifications

des bronches, dans la cavité abdominale, dans une partie du tube digestif et dans les canaux biliaires; tantôt, enfin, le pus est renfermé dans un kyste. Le foie a été trouvé, dans quelques cas, plus rouge, plus dense et plus pesant que dans l'état naturel; d'autres fois, au contraire, très-ramolli, n'ayant que la consistance de la rate, et offrant une couleur d'un jaune safrané, mélangée de stries rouges.

CANCER DU FOIE.

324. *Caractères diagnostiques.* Très-incertains dans le principe, ne pouvant être reconnus que quand le foie a dépassé le rebord des fausses côtes et qu'il permet de distinguer les bosselures plus ou moins nombreuses et volumineuses qui existent à sa surface. Les digestions sont habituellement difficiles et douloureuses, mais sans vomissement; le plus ordinairement elles sont accompagnées de constipation, de coliques, de borborygmes, de douleurs

plus ou moins vives dans l'hypocondre droit ou à l'épaule du même côté, et de malaise épigastrique; l'amaigrissement fait des progrès, la peau et la conjonctive deviennent souvent ictériques, les jambes s'infiltrent, et il se développe une ascite qui ne tarde pas à être suivie de la mort. Le cancer du foie peut être confondu avec toutes les espèces de dégénérescences dont ce viscère est susceptible.

325. *Caractéres anatomiques*. Le foie remplit ordinairement la région épigastrique et se prolonge dans l'hypocondre gauche. Sa surface est couverte de bosselures de différentes grosseurs : lorsqu'on l'incise, on reconnaît çà et là des tumeurs de nature squirrheuse, combinées à de la matière tuberculeuse ou encéphaloïde, et à des degrés plus ou moins avancés. Le tissu du foie qui les entoure est ordinairement sain : tantôt il ne paraît tenir à ces tumeurs, dont le nombre est quelquefois considérable, que par quelques prolongemens vasculaires, et peut en être isolé avec facilité; tantôt, au contraire, il

existe une véritable continuité de substance entre le parenchyme du foie et ces dégénérescences. Lorsque les tissus accidentels qui forment le cancer sont ramollis, la masse squirrheuse est convertie en foyer pultacé, qui s'agrandit peu à peu aux dépens de la substance même du foie. Le plus ordinairement ce ramollissement n'est que partiel, et ces tumeurs conservent encore de la fermeté.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DU FOIE.

326. *Caractères diagnostiques.* Tumeur rénittente peu ou point douloureuse, sans changement de couleur à la peau, offrant une fluctuation obscure, ayant son siége dans l'hypocondre droit et la région épigastrique, ne se déplaçant pas dans les diverses positions que l'on fait prendre au malade; décubitus impossible sur le dos et le côté gauche. L'hydropisie enkystée du foie peut être confondue avec un abcès formé dans cet organe.

327. *Caractères anatomiques.* Tantôt ces

kystes sont formés de tissu fibreux, tantôt de tissu séreux; leur volume est très-variable. Ils sont développés dans l'intérieur même du foie, et contiennent, le plus généralement un liquide séreux, quelquefois semi-gélatineux, combiné, dans quelques cas, à un nombre plus ou moins considérable d'hydatides.

CONCRÉTIONS BILIAIRES.

328. *Caractères diagnostiques.* Très-difficiles à déterminer, et le plus ordinairement même impossibles; la présence des concrétions biliaires donne quelquefois lieu à un sentiment de pression dans la région épigastrique, à des coliques violentes, à des éructations, à des vomissemens opiniâtres et à une douleur vive qui suit le trajet du canal cholédoque, et qui augmente après les repas. Ces symptômes acquièrent plus de valeur, lorsque le malade a déjà rendu par le vomissement ou par les selles des calculs biliaires.

MALADIES

DES VOIES URINAIRES.

NÉPHRITE.

329. *Caractères diagnostiques.* Pesanteur plus ou moins douloureuse et se faisant ordinairement sentir d'un seul côté de la région des lombes, qui deviennent bientôt le siége d'un douleur pongitive, gravative, tensive, profonde, d'autres fois lancinante ou pulsative, augmentant par la pression et par le décubitus sur le ventre ou sur le côté opposé; rareté ou suppression des urines, qui, en général, sont rouges, sanguinolentes, et expulsées avec beaucoup de peine; souvent la douleur des lombes se propage jusqu'à la vessie, à la verge ou à l'aine, en s'accompagnant de tremblement ou d'engourdissement dans la cuisse, et de rétraction très-douloureuse du testicule; il existe quelquefois des vomissemens, et le plus ordinairement une fièvre concomitante. Dans

quelques cas, la douleur disparaît par intervalle, pour revenir tout-à-coup plus vive et plus aiguë; alors on peut présumer qu'il existe des calculs dans les reins, surtout si les urines en contiennent quelques fragmens. Lorsque la néphrite est chronique, les douleurs diminuent, une pesanteur se fait sentir dans les lombes, et les urines deviennent assez souvent troubles ou mêlées avec du pus.

330. *Caractères anatomiques.* Ordinairement il n'y a qu'un seul rein enflammé; son tissu est rouge, dur et infiltré de pus; les uretères participent souvent à l'inflammation et sont également rouges; leur muqueuse est plus ou moins épaissie et couverte de pus.

GRAVELLE.

331. *Caractères diagnostiques.* Urines laissant déposer très-promptement un gravier plus ou moins fin, dur et résistant sous le doigt, et qui est composé d'acide urique, uni à une matière animale, et ra-

rement d'oxalate ou de phosphate de chaux; douleurs vives, ayant leur siége dans la région des lombes, et s'accompagnant ordinairement d'un sentiment de chaleur et de pesanteur dans cette région; urines souvent rendues avec difficulté. La gravelle est très-commune chez les sujets goutteux.

332. *Caractères anatomiques.* Souvent on trouve dans les reins, dans les uretères ou dans la vessie, un gravier semblable à celui qui existe dans les urines : les reins n'offrent, dans le plus grand nombre de cas, aucune altération appréciable.

DIABÈTES.

333. *Caractères diagnostiques.* Augmentation considérable des urines, qui sont claires, blanches, jaunâtres, insipides ou sucrées, et précédées, dans quelques cas, de besoins fréquens d'uriner ou de douleur dans le trajet des uretères; soif souvent insatiable; faim canine; maigreur et faiblesse consécutives extrêmes.

334. *Caractères anatomiques.* Tantôt les reins sont très-volumineux et rouges; tantôt ils sont d'une flaccidité remarquable; leurs vaisseaux sont quelquefois extrêmement gonflés, dilatés et faciles à déchirer. D'autres fois leur parenchyme a subi une sorte de désorganisation ou de fonte plus ou moins complète. Dans d'autres cas les reins ont été trouvés moins volumineux que de coutume et sains.

CYSTITE.

335. *Caractères diagnostiques.* Douleur et chaleur continues et vives dans la région hypogastrique, qui devient quelquefois saillante ; pesanteur et tension au périnée ; efforts fréquens, douloureux et souvent inutiles, pour uriner ; érections fréquentes et douloureuses; urines claires d'abord, puis devenant troubles, rougeâtres, et s'accompagnant d'une chaleur brûlante; fièvre concomitante dans le plus grand nombre des cas. Lorsque la cystite chro-

nique succède à la cystite aiguë, la fièvre disparaît, la chaleur et la tension de l'hypogastre et du périnée diminuent considérablement, le besoin d'uriner devient moins pressant et moins fréquent, la douleur qui suit l'excrétion des urines est beaucoup moins vive ; le malade rend souvent avec effort un liquide visqueux assez analogue au sperme, mais en différant par l'odeur. D'autres fois la cystite chronique se développe lentement ; une pesanteur, une gêne graduée, se fait sentir au périnée ; dès-lors on éprouve un besoin d'uriner que souvent on ne satisfait qu'avec peine ; les urines sont jaunes et déposent un mucus plus ou moins abondant, et semblable au blanc d'œuf ; la douleur est faible et continue, ou bien revient par accès ; enfin, l'introduction de la sonde dans la vessie est très-difficile et très-douloureuse.

336. *Caractères anatomiques.* Rougeur plus ou moins vive de la muqueuse qui tapisse la vessie, bornée à quelques-unes de ses regions, ou existant sur toute sa sur-

face. Lorsque la cystite est chronique, la vessie est rapetissée et contractée sur elle-même, ou bien distendue par une urine fétide et mêlée à du sang ou à du pus; ses parois sont d'autant plus épaissies, que la maladie a eu une marche plus lente; sa surface est d'un rouge brunâtre; souvent on y trouve un réseau vasculaire très-développé et comme variqueux, surtout vers l'espèce de plexus veineux, qui entoure son col; en général, elle présente des rides d'autant plus saillantes qu'elle est plus contractée. Les follicules muqueux sont très-développés, et laissent suinter, lorsqu'on les presse entre les doigts, une matière glaireuse semblable à celle déposée par les urines. Souvent il existe des ulcères sur la membrane muqueuse, qui alors contient beaucoup plus de pus que de matière glaireuse. Dans quelques cas, la vessie est gangrénée ou même perforée. Enfin elle est quelquefois dégénérée en véritable tissu squirrheux.

HÉMATURIE.

337. *Caractères diagnostiques.* Écoulement de sang par le canal de l'urètre, pouvant provenir des reins, des uretères, de la vessie, ou du canal de l'urètre. Lorsque l'hémorrhagie a son siége dans les reins, elle s'accompagne d'un sentiment de douleur et de chaleur aux lombes, et assez souvent d'un refroidissement des extrémités; ce n'est que quand le sang est accumulé dans la vessie, que l'hypogastre augmente de volume, devient très-douloureux, et que le malade éprouve des fréquentes envies d'uriner. Lorsque l'hémorrhagie provient des uretères, elle donne lieu à un sentiment de douleur et de tension le long de ces conduits. L'hématurie de la vessie est précédée ordinairement de besoins fréquens d'uriner, de pesanteur et de douleurs au-dessus du pubis, se propageant au périnée, aux aines et aux lombes. Quelquefois les malades se plaignent d'ar-

deur dans la région de l'anus, de ténesme et de constipation; l'excrétion de l'urine est douloureuse et difficile; le sang n'est point mêlé avec l'urine ou ne l'est que faiblement. Dans l'hématurie de l'urètre, il existe une douleur dans un point de ce canal; le sang est rouge, liquide et pur; il sort ordinairement sans efforts.

338. *Caractères anatomiques.* Tantôt la muqueuse qui a fourni le sang est rouge et tuméfiée; ce liquide peut encore en être exprimé par la pression; tantôt, au contraire, elle est pâle et ne présente plus aucune trace de congestion. Dans d'autres cas, on trouve des déchirures ou des altérations diverses des reins, des uretères et de la vessie, lésions qui ont été la cause de l'hémorrhagie.

MÉTRITE.

339. *Caractères diagnostiques.* Douleur obtuse et gravative de l'hypogastre, coïncidant quelquefois, lorsque c'est le corps

de cet organe qui est enflammé, avec un gonflement obscur, ou même une tumeur circonscrite dans cette région. Cette douleur, qui augmente par la pression, se propage bientôt aux aines, aux lombes, à la vulve, au périnée et à la partie supérieure des cuisses; il s'y joint une pesanteur du rectum, des besoins fréquens d'aller à la garderobe et d'uriner, et souvent aussi de la constipation et de la dysurie. Lorsque le col de l'utérus est le siége de l'inflammation, ce dernier devient dur, tuméfié et très-douloureux au moindre contact; il est retiré sur lui-même, et présente une chaleur plus vive que dans l'état naturel; souvent un liquide roussâtre s'écoule du vagin, après avoir été précédé de coliques et de douleurs dans les lombes; les seins sont, en général, affaissés et douloureux. Lorsque la métrite est chronique, ces différens symptômes sont moins intenses, et dans le plus grand nombre des cas il s'établit un écoulement vaginal habituel, qui quelquefois est très-fétide. La métrite peut

être confondue avec le catarrhe utérin et avec le squirrhe de cet organe.

340. *Caractères anatomiques.* Augmentation de volume de l'utérus, à moins que la mort ait lieu peu de jours après l'accouchement. Les parois de ce viscère sont gonflées, ramollies, gorgées de sang; dans quelques cas son tissu est infiltré de pus.

CANCER DE L'UTÉRUS.

341. *Caractères diagnostiques.* Irrégularités de la menstruation; quelquefois pertes effrayantes; sentiment de gêne et de pesanteur dans l'hypogastre, ténesme, dysurie, douleurs erratiques dans les seins; à ces symptômes se joignent bientôt des douleurs pongitives ou lancinantes dans le col de l'utérus, un certain malaise dans les lombes, dans les hanches et à l'hypogastre, un écoulement sanieux par le vagin ou des flueurs blanches très-abondantes et fétides. Si on porte alors le doigt dans le vagin, on trouve le col de l'utérus mollasse dans toute

son étendue, ou seulement dans quelques-unes de ses parties, tandis qu'il est dur dans les autres. Son orifice paraît plus ouvert qu'à l'ordinaire ; il est de forme irrégulière ; la compression du museau de tanche, qui est ordinairement peu sensible, en fait sortir un liquide sanieux ou sanguinolent ; un écoulement de cette nature ne tarde pas à s'établir. A mesure que la maladie fait des progrès, les douleurs lancinantes prennent de la fréquence et de l'intensité ; l'extrémité du col de l'utérus devient irrégulière, frangée, douloureuse et saignante ; ou bien, si le cancer occupe le corps de la matrice, ce viscère acquiert une augmentation de volume marquée, qui peut être reconnue à travers les parois de l'abdomen ; la compression de l'hypogastre augmente les douleurs, qui se propagent alors dans les aines, les cuisses, les lombes et la région du sacrum. L'examen du col de l'utérus au moyen du *speculum* de M. le professeur Récamier, peut faire reconnaître cette ma-

ladie dès son début; aussi ne doit-on jamais se priver d'en faire usage. Les maladies que l'on peut confondre avec le cancer de l'utérus, sont la métrite chronique, les corps fibreux de cet organe, et certains écoulemens leucorrhoïques.

342. *Caractères anatomiques.* Dans le plus grand nombre des cas, c'est par le col de l'utérus que le cancer commence, et très-rarement par sa surface interne. Tantôt la matière squirrheuse ou cérébriforme qui le compose, ou les deux réunies, sont entremêlées dans le tissu de la matrice; tantôt, au contraire, il n'existe qu'un ulcère du tissu même de cet organe, qui est parsemé de bourgeons charnus, inégaux, rougeâtres, blanchâtres, ou recouvert de fongosités ou d'une sorte de putrilage de couleur variable et d'une odeur très-fétide. Lorsque le corps de l'utérus n'a pas été détruit, on trouve son tissu parfaitement sain, à quelques lignes de la surface de l'ulcère; son volume n'est pas augmenté dans ce cas; sa surface interne est alors livide, tuméfiée

et ardoisée. Si, au contraire, l'ulcère a commencé par l'intérieur de la matrice, son volume est très-augmenté; la couche fongueuse qui le recouvre est excessivement épaisse; le museau de tanche est livide, noirâtre, tuméfié, et changé en tissu lardacé. Souvent la partie supérieure du vagin et les annexes de l'utérus participent à cette désorganisation.

CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS.

343. *Caractères diagnostiques.* Tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie, légèrement bosselée, pouvant être reconnue par le toucher; pesanteur et douleur sourde dans l'hypogastre, dans les lombes, et dans les aines; hémorrhagies fréquentes; trouble plus ou moins varié, ou suspension de la menstruation.

344. *Caractères anatomiques.* Ces tumeurs sont implantées dans la cavité de l'utérus ou existent à son col; elles sont formées par l'agglomération de fibres blanches

juxtà-posées, d'où résulte un tissu très-ferme, difficile à rompre, beaucoup plus flexible que les cartilages, mais moins souple que le tissu cellulaire.

MÉNORRHAGIE.

345. *Caractères diagnostiques.* Écoulement, par le vagin, de sang plus ou moins abondant, liquide ou coagulé, ayant lieu d'une manière continue ou avec des intervalles, et s'accompagnant de pesanteur à l'hypogastre, dans les lombes et aux cuisses, et de contractions très-douloureuses lors de l'expulsion du sang.

346. *Caractères anatomiques.* Rougeur et tuméfaction de la membrane interne de l'utérus; dans d'autres cas, existence de polypes, de tumeurs fibreuses, ou d'autres affections organiques de ce viscère.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DES OVAIRES.

347. *Caractères diagnostiques.* Tuméfaction partielle de l'abdomen, occupant

un des côtés de l'hypogastre, ou tous les deux si l'hydropisie est double, s'établissant assez lentement, et se liant, en général, à quelque trouble de la menstruation. Sentiment de fluctuation dans la tumeur; le liquide contenu dans le kyste n'est pas susceptible de se déplacer, lorsque l'on fait prendre au malade des positions variées.

348. *Caractères anatomiques.* Sérosité limpide et citrine, renfermée dans un kyste ordinairement celluleux ou fibro-celluleux : dans quelques cas le kyste contient un nombre plus ou moins grand d'hydatides.

CATARRHE UTÉRIN.

349. *Caractères diagnostiques.* Prurit léger à la vulve et au vagin, se propageant quelquefois jusqu'à l'utérus, s'accompagnant d'un écoulement liquide, séreux et limpide, qui devient de plus en plus épais, et prend une couleur jaune verdâtre et enfin blanchâtre; à cette époque il diminue,

et l'émission des urines cesse d'être douloureuse. La muqueuse des grandes lèvres et du vagin est rouge; la malade éprouve des douleurs dans les aines, au périnée et à l'hypogastre; les urines, par leur passage sur l'urètre ou les petites lèvres, y déterminent de la cuisson. Lorsque le catarrhe est chronique, il existe en général peu de douleur dans les parties génitales; l'écoulement est abondant et continuel, ou seulement a lieu quelques jours après les règles; il s'accompagne généralement alors de douleurs dans les lombes et dans les cuisses, de langueur, de dérangement des digestions et de tiraillemens d'estomac.

350. *Caractères anatomiques.* Rougeur plus ou moins marquée de la muqueuse vaginale, qui devient plus épaisse que dans l'état naturel. Lorsque le catarrhe est chronique, souvent la muqueuse n'est nullement rouge, dans ce cas elle présente quelquefois des fongosités.

PÉRITONITE.

351. *Caractères diagnostiques.* Douleur très-vive, déterminant une faiblesse extrême, ayant lieu dans un point de l'abdomen ou dans toute son étendue, s'exaspérant par le plus léger contact; météorisme, constipation opiniâtre, chaleur brûlante des tégumens abdominaux; pouls petit, serré, concentré et fréquent; altération particulière de la face, dont les traits sont tirés vers la racine du nez; décubitus sur le dos, les cuisses étant demi-fléchies; urines rares; dans beaucoup de cas, vomissemens et hoquets. La langue est blanchâtre, couverte d'un enduit muqueux variable, et plus ou moins sèche; la respiration, difficile, surtout pendant l'inspiration, est fréquente et costale. Si la péritonite existe chez de nouvelles accouchées, les seins sont ordinairement affaissés et les lochies supprimées. Dans ce dernier cas, les douleurs débutent ordinairement par l'hypogastre.

La péritonite n'existe pas toujours avec des symptômes aussi distinctifs, surtout lorsque sa marche est lente ou qu'une péritonite chronique a succédé à une péritonite aiguë ; il devient alors très-difficile de la reconnaître, car la douleur est souvent obscure, le ventre peu météorisé, le pouls sans fréquence, et la constipation moins opiniâtre. Le volume qu'acquiert le ventre, et la fluctuation, qui ne tarde pas à devenir manifeste, sont les signes qui prennent alors une grande valeur. La péritonite peut être confondue avec certaines coliques nerveuses, avec la colite et avec l'inflammation des viscères contenus dans l'abdomen.

352. *Caractères anatomiques.* Points rouges très-nombreux existant sur le péritoine, pénétrant toute l'épaisseur de cette membrane, et séparés les uns des autres par des intervalles incolores ; dans quelques cas la séreuse est injectée ou épaissie. L'inflammation est généralement plus commune sur les intestins que sur le feuillet du péritoine qui tapisse les parois abdominales.

Des fausses membranes, plus ou moins épaisses, plus ou moins molles, selon l'époque du développement de la péritonite, recouvrent la séreuse abdominale; ces concrétions albumineuses pénètrent les intervalles des intestins et les réunissent entre eux. L'abdomen est rempli d'un liquide d'une odeur très-fétide, ordinairement lactescent, blanchâtre, contenant une très-grande quantité de petits flocons albumineux, blanchâtres, grisâtres ou même rougeâtres; quelquefois ce liquide est séroso-sanguinolent, et plus ou moins limpide, particulièrement lorsque la péritonite n'a duré que très-peu de temps, et que la mort est survenue promptement. Le péritoine présente aussi quelquefois des taches livides et de véritables points gangrénés. Dans la péritonite chronique, les concrétions albumineuses offrent plus de densité; celles qui réunissent les intestins deviennent souvent celluleuses; enfin le péritoine est assez souvent le siége de granulations demi transparentes et dures; la sérosité qui

existe alors dans sa cavité est limpide et très-peu floconneuse ; elle ressemble à du petit-lait légèrement trouble.

HYDROPISIE ASCITE.

353. *Caractères diagnostiques.* Tuméfaction de l'abdomen, survenant sans signes de pétitonite, se formant de bas en haut ; sentiment de fluctuation, lorsqu'on percute les parois abdominales, qui sont lisses, tendues, amincies et couvertes de veines saillantes; facilité de déplacer le liquide contenu dans le ventre, lorsqu'on fait prendre au malade des positions variées ; diminution notable de la quantité des urines; gêne plus ou moins grande de la respiration, selon le degré du volume de l'abdomen.

354. *Caractères anatomiques.* Abdomen rempli de sérosité plus ou moins abondante, citrine, transparente, sans la moindre trace de flocons albumineux ; péritoine sain. Ordinairement il existe des altérations organiques des viscères abdominaux.

MALADIES
DES TISSUS.

MALADIES
DES TISSUS CUTANÉ, CELLULAIRE ET MUQUEUX.

ÉRYSIPÈLE.

355. *Caractères diagnostiques.* Tuméfaction de la peau, légère, irrégulièrement circonscrite, avec rougeur plus ou moins intense, disparaissant par la moindre pression (1), mais revenant subitement aussitôt qu'on cesse de la comprimer ; douleur vive

(1) Voyez l'excellent Mémoire de M. Deslandes, sur les Inflammations de la peau, inséré dans la *Revue Médicale, et Journal de Clinique*, page 49, numéro de Juillet 1824.

accompagnée d'un sentiment de chaleur âcre et brûlante; desquammation, ou apparition de petites vésicules miliaires, remplacées bientôt par des croûtes jaunâtres. L'érysipèle se développe le plus ordinairement au visage et aux mamelles. Il est très-susceptible d'occuper successivement plusieurs parties de la surface cutanée, et même de revenir d'une manière périodique. On en reconnaît plusieurs variétés, qui sont:

1°. *Érysipèle phlegmoneux.* Teinte rouge et vive de la peau, diminuant par degrés du centre à la circonférence; retour moins prompt de la rougeur après la pression du doigt; tumeur plus prononcée, plus dure; douleur pongitive, brûlante; terminaison la plus ordinaire par abcès. Il affecte de préférence les membres et le cuir chevelu.

2°. *Érysipèle œdémateux.* Lenteur dans le développement de la tumeur, qui est moins dure, peu élastique; peau unie, brillante, et conservant assez longtemps l'impression du doigt; vésicules peu sail-

lantes, remplacées ensuite par des croûtes minces et d'un jaune foncé. Cet érysipèle se termine très-souvent par gangrène, et occupe, en général, les parties génitales et les extrémités inférieures des hydropiques.

356. *Caractères anatomiques.* Dans l'érysipèle simple, la peau n'est altérée que dans sa couche vasculaire superficielle. Dans l'érysipèle phlegmoneux, l'affection s'étend à toute son épaisseur; les veines sont notablement malades; leur tunique interne est rouge, et leur cavité est souvent remplie de pus, phénomène qu'on ne trouve point dans les artérioles de ces mêmes parties. Dans l'érysipèle terminé par gangrène, ces vésicules sont noires et friables. Outre ces lésions, dans l'érysipèle phlegmoneux, on rencontre du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit infiltré dans ses cellules, soit accumulé dans un foyer unique ou dans des loges distinctes. Enfin, il existe une infiltration plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente.

ZONA OU ZOSTER.

357. *Caractères diagnostiques.* Pustules plus ou moins nombreuses occupant la moitié du tronc, et simulant alors une demi-ceinture, ou bien quelquefois l'entourant en totalité. Ces pustules, de couleur variable, blanches, rouges ou brunes, sont allongées à leur sommet et entourées d'une aréole rouge ; elles contiennent un liquide toujours limpide, qui irrite les parties sur lesquelles il s'écoule. La durée du zona est plus longue que celle de l'érysipèle. Il n'est presque jamais accompagné de gonflement du tissu cellulaire.

URTICAIRE.

358. *Caractères diagnostiques.* Rougeur générale de la peau, suivie bientôt d'une éruption partielle ou générale, sans ordre de développement, consistant en tubercules irréguliers, aplatis, durs, plus ou

moins larges, à bords inégaux, dont la base est colorée d'un rouge vif, et dont le centre est aplati et très-pâle; ces petits boutons sont accompagnés d'un sentiment de chaleur vive et d'un prurit violent et continuel; ils se terminent constamment par résolution ou desquammation.

MILIAIRE.

359. *Caractères diagnostiques.* Eruption simultanée ou successive, ayant lieu sur toute la surface cutanée qui prend l'aspect de la chair de poule, consistant en vésicules miliaires et diaphanes ou en granulations rouges, coniques, souvent plus sensibles au toucher qu'à la vue, discrètes ou confluentes, se transformant en vésicules remplies d'un liquide séreux limpide, s'étendant quelquefois aux muqueuses buccale, gutturale, trachéenne, et se terminant le plus ordinairement par desquammation farineuse, ou quelquefois par résolution.

PEMPHIGUS.

360. *Caractères diagnostiques.* Plaques rouges, comme érysipélateuses, mais dont la couleur ne disparaît pas sous le doigt; gonflement de la peau et formation de vésicules phlycténoïdes, dont le volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf de poule, et peut même être plus considérable. Au bout de six à sépt jours ces vésicules s'affaissent, se rompent, et il s'en écoule une sérosité limpide, jaunâtre et non irritante. D'autres fois elles se dessèchent, s'écaillent, et laissent sur la peau des taches violettes assez persistantes, ou quelquefois des ulcérations auxquelles succèdent des traces de cicatrisation. Sa marche aiguë le distingue de la dartre phlycténoïde, avec laquelle il a les plus grands rapports.

HYDROA. (Echauboulure, ébullition.)

361. *Caractères diagnostiques.* Petits boutons ou taches confluentes, rondes, rouges, sensibles au toucher, accompagnées de picotement et d'une douleur prurigineuse qui augmente pendant la nuit par l'action de la chaleur et par l'usage des alimens excitans ; cette éruption occupe quelquefois toutes les parties de la peau, mais le plus ordinairement le bas du visage, le cou, les épaules, le dos, les bras et les mains. Elle revient plusieurs fois, et surtout à certaines époques de l'année.

TEIGNE.

362. *Caractères diagnostiques.* Prurit plus ou moins intense au cuir chevelu ou au front ; apparition de pustules, de vésicules entourées d'un cercle rouge, ou d'éminences circonscrites, pisiformes, coniques, dures et blanchâtres, contenant un

liquide flavescent d'une odeur désagréable, qui en se desséchant prend différens aspects, sur lesquels sont basées en partie les variétés suivantes de cette maladie.

1°. *Teigne faveuse.* Croûtes épaisses, d'un jaune fauve, ayant la forme de tubercules plus ou moins larges et offrant à leur centre une dépression en godet, ce qui leur donne l'aspect des alvéoles des ruches. Ces croûtes sont enchâssées dans le derme; souvent elles sont entourées de gerçures du cuir chevelu, d'où suinte une humeur épaisse, purulente, ichoreuse, qui répand une odeur comparée à celle de l'urine de chat: cette teigne occupe le front, les tempes, le col et les coudes. Elle attaque particulièrement les enfans de deux à quinze ans.

2°. *Teigne granulée ou rugueuse.* Croûtes formant des tubercules ou des grains, tantôt gris, tantôt brunâtres, d'une forme irrégulière, qu'on a comparés à des fragmens de mortier séché tombé des murailles. Ces croûtes n'offrent point d'excavation à

leur sommet, répandent une odeur aigre de beurre rance, attaquent très-rarement les adultes et sont bornées au cuir chevelu.

3°. *Teigne furfuracée.* Point de croûtes, mais écailles furfuracées, blanchâtres, plus ou moins épaisses, avec suintement d'un liquide visqueux et fétide, qui se dessèche et donne naissance à de nouvelles écailles. Cette teigne ne se développe pas chez l'adulte, ni même chez les enfans qui ont passé sept ans.

4°. *Teigne amiantacée.* Petites écailles de couleur argentine, nacrée, entourant les cheveux dans toute leur longueur, et formant ainsi des filamens, des mèches, qui ressemblent à l'amiante. Elle ne répand point d'odeur, et se remarque uniquement chez les adultes, surtout chez les individus mélancoliques.

5°. *Teigne muqueuse.* Ulcérations superficielles fournissant une humeur muqueuse semblable à du miel corrompu, et qui en se desséchant forme des croûtes d'une couleur cendrée, verdâtre ou jaune comme de

la cire. Cette teigne s'étend du cuir chevelu aux tempes, et quelquefois aux membres, ainsi que la teigne faveuse. Elle attaque les enfans depuis l'époque de la lactation jusqu'à l'âge de quatre ans; elle paraît nécessaire à leur santé, car lorsque l'écoulement qu'elle détermine tarit entièrement et trop promptement, l'enfant devient morose et languissant.

363. *Caractères anatomiques.* Tant que la teigne n'est pas portée à un degré très-avancé, le chorion reste intact; mais à mesure qu'elle fait des progrès, on voit la peau altérée dans toute son épaisseur; souvent même le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, le périoste et les os se trouvent détruits.

DARTRES.

364. *Caractères diagnostiques.* Plaques plus ou moins rouges et étendues à la surface de la peau, avec ou sans ulcération, parsemées d'abord de petites pustules de forme et de grosseur variables, d'où s'é-

chappe un liquide plus ou moins abondant, transparent ou opaque, consistant ou séreux, qui se dessèche et tombe sous forme d'écailles ou de croûtes; leur marche est essentiellement chronique; elles ont une tendance marquée à s'étendre ou à reparaître, soit dans le même lieu, soit dans un lieu différent : elles présentent les variétés suivantes :

1°. *Dartre furfuracée.* Légère exfoliation de l'épiderme, ressemblant aux molécules de la farine ou du son, très-adhérente à la peau ou tombant très-facilement.

2°. *Dartre squammeuse.* Écailles larges, humides et transparentes, ou épaisses, résistantes, coriaces, adhérentes au derme par leur centre ou par un point de leur circonférence, à la manière des écailles des poissons, ayant leurs bords relevés et irrégulièrement découpés à la manière des lichens. Ces écailles tombent et sont bientôt remplacées par de nouvelles. Cette dartre siége particulièrement là où la peau s'amincit et semble se rapprocher de l'état

des membranes muqueuses, comme à l'anus, au mamelon, etc.

3°. *Dartre crustacée.* Pustules renfermant un liquide qui a la consistance du miel, et qui forme en s'écoulant des croûtes, tantôt rugueuses, sillonnées, tantôt lisses, comme cristallisées, blanchâtres, jaunâtres ou verdâtres, se développant de préférence aux joues, au nez et sur le front.

4°. *Dartre pustuleuse.* Pustules plus ou moins volumineuses et rapprochées, suivies de croûtes par la dessication du liquide qu'elles contiennent; chute des croûtes, et enfin maculatures rougeâtres. Ces pustules sont isolées, quelquefois entourées d'une aréole rosée, et répandues sur le nez, le front, les joues (*couperose*). Tantôt ce sont des boutons disséminés sur diverses régions du corps, dont le sommet est saillant, s'enflamme, suppure et se couvre d'une pellicule mince. Cette dartre apparaît souvent au menton sous l'aspect de furoncle (*mentagre*), ou bien au front,

aux tempes, sous l'apparence de granulations miliaires blanchâtres et luisantes.

5°. *Dartre rongeante.* Rougeur érysipélateuse, sur laquelle se forme un bouton pustuleux fournissant un pus ichoreux et fétide. A ce bouton succède un ulcère dont les bords irrités se boursoufflent et durcissent, tandis que le fond se couvre d'une croûte formée par du pus concret; l'ulcération gagne en profondeur et détruit successivement le tissu cellulaire, les muscles et même les os. On l'observe habituellement au visage ou derrière les oreilles, mais très-rarement ailleurs.

365. *Caractères anatomiques.* Dans la dartre squammeuse, la peau malade est peu rouge, très-épaisse, moins extensible, plus dense et plus facile à déchirer que dans l'état sain. Quand le tissu cellulaire sous-jacent a participé à l'affection, on le trouve dur, peu élastique et infiltré d'une sérosité jaunâtre. Dans la dartre crustacée les croûtes paraissent quelquefois comme enchâssées dans le derme. Tantôt la peau

peu enflammée n'offre qu'un peu de rougeur, ou de légères cicatrices à sa surface; tantôt le derme est ulcéré; ses ulcérations sont profondes et à bords relevés. Souvent le tissu cellulaire subjacent est durci. La peau environnante est saine et ne paraît enflammée que quand l'éruption a été très-considérable; sa surface est alors rude, rabotteuse et écaillée.

GALE.

366. *Caractères diagnostiques.* Eruption cutanée éminemment contagieuse par contact médiat ou immédiat, consistant en petits boutons durs à leur base, arrondis, peu saillans, sans rougeur de la peau environnante, répandus sur presque toute la surface du corps, excepté au visage, mais se remarquant constamment dans les intervalles des doigts, au poignet, aux aines, aux jarrets, et occasionant un prurit quelquefois insupportable et qui augmente pendant la nuit. Ces boutons sont incolores tant qu'on ne

les gratte point; leur sommet est cristallin, se rompt et répand une sérosité limpide très-peu abondante, qui se dessèche en formant de petites croûtes sèches, lesquelles donnent à la peau une rudesse remarquable. Souvent à ces pustules cristallines succèdent de gros boutons purulens, quand l'affection est ancienne. Lorsque les boutons n'ont pas suppuré et offrent encore un sommet cristallin, assez souvent on en retire, à l'aide d'une épingle, un insecte d'une ténuité extrême, à peine visible à l'œil nu, appelé *sarcopte;* dans les croûtes détachées, on découvre, au moyen de la loupe et du microscope, des débris de sarcoptes morts.

PSYDRACIA. (Prurigo.)

367. *Caractères diagnostiques.* Boutons non contagieux, incolores, coniques, siége d'une démangeaison vive et continuelle, ressemblant à ceux de la galle, mais ne se développant jamais dans les intervalles des

doigts ni dans les plis des articulations, et rarement aux mains et aux pieds. Ils occupent presque toujours la face, l'abdomen, le dos, la poitrine, les bras et les jambes. Ces boutons ne contiennent point l'insecte trouvé dans les pustules psoriques; lorsque quelques-uns sont écorchés il en résulte un suintement d'où naissent de larges plaques croûteuses qui masquent les boutons environnans.

ÉPHÉLIDES.

368. *Caractères diagnostiques.* Taches solitaires, disséminées ou en groupe à la surface de la peau, variant pour la forme et pour la couleur. Les unes sont arrondies, petites (*éphélides lenticulaires*); les autres irrégulières, plus ou moins étendues, tantôt d'un jaune safrané (*éphélides hépatiques*), tantôt d'une couleur jaune sale, ou bien d'un brun noirâtre (*éphélides scorbutiques*); quelques-unes sont d'un violet foncé; on en remarque sur toutes les parties de la peau.

L'hépatique a son siége ordinaire à l'abdomen, dans les régions du foie, des reins et aux aines.

PLIQUE.

369. *Caractères diagnostiques.* Agglutination, entrelacement inextricable des cheveux ou des poils avec suintement visqueux à la surface de la peau. La plique est presque toujours précédée ou accompagnée de symptômes généraux très-variés; elle paraît très-contagieuse. D'après l'arrangement des cheveux on en a formé trois variétés : la plique multiforme, quand les cheveux s'agglutinent par mèches; la plique solitaire, quand les cheveux se réunissent de manière à simuler une queue de cheval; enfin la plique en masse, quand elle offre une masse informe plus ou moins volumineuse.

ICHTYOSE.

370. *Caractères diagnostiques.* Augmentation de l'épaisseur et de la consistance de

la peau, qui présente l'aspect de l'enveloppe tégumentaire de certains animaux, tels que les poissons et les serpens; écailles de forme, de couleur et de consistance variables; excroissances cornées, jamais précédées ni accompagnées d'aucune douleur ni de démangeaison.

PHLEGMON.

371. *Caractères diagnostiques.* Tumeur arrondie, plus ou moins saillante et étendue, accompagnée de tension, de douleur pulsative et brûlante, de chaleur halitueuse de la peau, avec une rougeur assez vive au centre de la tumeur, qui diminue par degré à sa circonférence. La tension, la douleur et la tumeur précèdent la rougeur des tégumens; le phlegmon apparaît ordinairement dans les parties qui contiennent beaucoup de tissu cellulaire. Il se termine le plus souvent par abcès. On le nomme bubon quand il se développe dans les aînes; parotide ou oreillon, quand il occupe la région parotidiènne; et panaris, lorsqu'il a

son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané des doigts ou dans les gaînes tendineuses de ces parties.

FURONCLE.

372. *Caractères diagnostiques.* Tumeur d'un rouge foncé, circonscrite, dure, conique et très-douloureuse, se terminant par suppuration, laquelle entraîne une petite masse grisâtre de tissu cellulaire mortifié, appelé bourbillon. Son siége le plus ordinaire est à la marge de l'anus, aux fesses, au scrotum, à la partie interne des cuisses; il apparaît rarement isolé; le plus souvent il s'en développe successivement un grand nombre; son volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une cerise.

ANTHRAX BÉNIN.

373. *Caractères diagnostiques.* Tumeur inflammatoire circonscrite, très-dure et très-douloureuse, d'un rouge violacé, accom-

pagnée de chaleur brûlante, surtout au sommet de la tumeur; fournissant un pus d'abord sanguinolent, épais, floconneux et abondant, qui répand une odeur fétide; continuant à s'étendre malgré cet état de suppuration, et présentant successivement un assez grand nombre d'ouvertures irrégulières, au fond desquelles on voit le tissu cellulaire, blanc ou grisâtre, qui s'en détache par lambeaux. Il a son siége ordinaire à la nuque, au dos, sur les parois de la poitrine ou de l'abdomen, sur les épaules, et peut offrir plusieurs pouces d'étendue.

PUSTULE MALIGNE.

374. *Caractères diagnostiques.* Petite tache sur la peau, apparaissant sans avoir été précédée et sans être accompagnée d'aucuns symptômes généraux; remplacée bientôt par une petite vésicule, siége d'un prurit insupportable. Cette vésicule se rompt, laisse couler une sérosité limpide, jaunâtre, très-corrosive, et présente à son centre

un point livide et sec. Bientôt, sentiment de chaleur brûlante; apparition de vésicules nouvelles autour du point gangréné; gonflement comme œdémateux et tympanique de la peau voisine qui, d'abord pâle, luisante, devient érysipélateuse et se tuméfie; enfin augmentation d'étendue de cette tumeur et de tous les phénomènes énoncés ci-dessus; c'est alors seulement que commence le développement de symptômes généraux, nerveux et adynamiques, très-graves. Cette maladie est, dans le principe, et même jusqu'à l'apparition des symptômes généraux, tout-à-fait locale et guérissable par les moyens chirurgicaux; elle se contracte par le contact des humeurs ou des débris d'animaux morts à la suite du charbon. Elle est toujours sporadique.

CHARBON. (Anthrax malin.)

375. *Caractères diagnostiques.* Tumeur peu saillante, très-dure et fort douloureuse, d'un rouge vif à sa circonférence,

toujours livide, noire et comme charbonnée à son centre, entourée ou non de petites tumeurs qui noircissent promptement, ou de vésicules qui répandent en se déchirant une sérosité jaunâtre corrosive. Le charbon est ordinairement précédé et toujours accompagné de symptômes généraux dès son début. Il s'observe fréquemment dans les maladies pestilentielles dont il est un des symptômes les plus graves. Il est souvent épidémique, surtout chez les animaux; il se communique à l'homme par le contact des humeurs ou des débris des individus qui en sont atteints, ou par l'usage de leur chair. Il peut aussi se développer spontanément; s'il est abandonné à lui-même, il se termine promptement et toujours par la mort.

ŒDÈME.

376. *Caractères diagnostiques.* Tuméfaction uniforme, indolente, sans chaleur de la peau, qui est pâle et d'un blanc plus ou moins laiteux, comme transparente, peu

ou point élastique, et conserve plus ou moins long-temps l'empreinte du doigt. Tantôt l'œdème est borné aux membres inférieurs, tantôt il occupe toute la surface du corps. Dans ces derniers cas elle est appelée leucophlegmasie ou anasarque.

EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ.

377. *Caractères diagnostiques.* Gonflement indolent, incolore, luisant, élastique, ne conservant point l'impression du doigt et s'accompagnant d'un bruissement particulier appelé crépitation.

ENDURCISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE.

378. *Caractères diagnostiques.* Dureté très-grande d'une portion ou de la totalité du tissu cellulaire, qui est rénittent et ne cède point à la pression, ayant particulièrement son siége d'abord aux pieds et aux mains, puis aux membres, au ventre et à la face, et s'accompagnant d'un refroi-

dissement des tégumens ; cette maladie affecte les enfans nouveau-nés.

379. *Caractères anatomiques.* Le tissu cellulaire est grenu ; il contient un liquide albumineux, jaunâtre, quelquefois épais ou puriforme.

OPHTHALMIE.

380. *Caractères diagnostiques.* Sentiment de pesanteur et de tension dans le globe de l'œil, dont les mouvemens deviennent difficiles et douloureux ; prurit avec chaleur brûlante ou lancinante, augmentant par l'action de la lumière ; rougeur de la conjonctive, plus ou moins intense, partielle ou générale, avec gonflement autour de la cornée ; larmoiement continuel ; altération de la sécrétion des larmes et de celle des glandes de Meïbomius, qui deviennent âcres et excorient les joues ; écoulement d'un liquide d'abord limpide, puis épais et blanchâtre ; trouble de la vision, qui est plus ou moins confuse ; souvent céphalalgie concomitante. Lorsque l'ophthalmie passe

à l'état chronique, les douleurs cessent ordinairement alors d'être continues, le bord libre des paupières est gonflé, rouge et sensible; il existe un larmoiement habituel et une faiblesse de la vue, qui ne permet pas de continuer long-temps le travail.

OTITE.

381. *Caractères diagnostiques.* Douleur pongitive et lancinante avec tension dans le conduit auditif, se répandant quelquefois jusqu'à la gorge, gênant la déglutition, augmentant par les mouvemens de la tête, par la toux et l'action de se moucher; confusion, puis dureté de l'ouïe; écoulement d'un liquide d'abord ténu, puis épais, jaunâtre, verdâtre, très-fétide, contenant quelquefois de petits osselets; céphalalgie forte, surtout lorsque l'otite chronique affecte les cavités de l'oreille interne, où elle détermine souvent la carie de l'apophyse mastoïde.

CORYZA.

382. *Caractères diagnostiques.* Gêne, sécheresse, prurit dans les fosses nazales, avec sentiment de pesanteur dans les sinus frontaux; céphalalgie gravative, éternuemens fréquens; perte de l'odorat; larmoiement; altération de la voix; suppression du mucus nazal, qui bientôt devient très-abondant, liquide séreux, âcre, excoriant le pourtour des narines, puis s'épaissit, est jaunâtre ou verdâtre, et finit par diminuer graduellement de quantité.

BLENNORRHAGIE.

383. *Caractères diagnostiques.* Titillation ou prurit ayant ordinairement son siége vers la fosse naviculaire, augmentant après les derniers jets d'urine, et s'accompagnant bientôt d'un écoulement d'un liquide âcre, limpide dès le principe, puis s'épaississant et prenant une couleur verdâtre, jaunâtre,

blanchâtre ; l'orifice de l'urètre est rouge et tuméfié. Le passage des urines détermine une douleur aiguë ; le besoin d'uriner se fait vivement sentir et devient de plus en plus fréquent. Lorsque l'inflammation se propage à toute la longueur de l'urètre, ce canal est dur, tendu et douloureux : l'excrétion des urines est très-difficile, quelquefois même impossible ; le malade est tourmenté par des érections fréquentes et très-douloureuses, surtout pendant la nuit. Il n'est pas de signe certain pour dis-distinguer la blennorrhagie syphilitique de celle qui reconnaît toute autre cause.

384. *Caractères anatomiques*. La muqueuse uréthrale, principalement vers la fosse naviculaire, est rouge, épaissie et couverte d'un liquide blanchâtre ou verdâtre, plus ou moins épais ; quelquefois elle présente des ulcérations : lorsque la blennorrhagie a duré long-temps, on y trouve souvent des rides et des cicatrices irrégulières qui déterminent le rétrécissement du canal.

MALADIES

DES TISSUS MUSCULAIRE, FIBREUX ET SYNOVIAL.

TÉTANOS.

385. *Caractères diagnostiques.* Contractions violentes, involontaires et permanentes, des muscles de tout le corps ou d'une seule de ses régions seulement, existant sans lésion des facultés intellectuelles, résultant le plus ordinairement de plaies avec déchirement, et s'accompagnant souvent de secousses convulsives, de soubresauts des tendons, de douleurs vives, de lenteur du pouls, et d'une gêne plus ou moins considérable de la respiration. Tantôt le tétanos porte sur les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, et détermine le serrement des dents; tantôt il existe sur les extenseurs, ou beaucoup plus rarement sur les fléchisseurs du tronc, et courbe le

corps en arrière ou en avant; tantôt enfin il n'a lieu que d'un seul côté.

Le tétanos peut être confondu avec certaines altérations de l'encéphale et de ses enveloppes, et notamment avec celles de la moelle épinière.

386. *Caractères anatomiques.* Inconnus.

RHUMATISME.

387. *Caractères diagnostiques.* Douleur continue plus ou moins vive, déterminant une sensation d'arrachement, augmentant constamment par la contraction et la pression des muscles affectés; s'accompagnant quelquefois, lorsque la maladie est aiguë, de gonflement et d'une légère rougeur des tégumens; survenant le plus généralement par l'action du froid et de l'humidité; susceptible de se déplacer et de se transporter brusquement sur une autre région du système musculaire ou sur les articulations; pouvant déterminer de la fièvre et divers symptômes généraux, lorsqu'il est intense

et très-douloureux. Les muscles qui sont le plus ordinairement atteints de rhumatisme sont ceux de la région postérieure du col (*torticoli*), des parois thoraciques (*pleurodynie*) et des lombes (*lumbago*). Lorsque le rhumatisme s'établit d'une manière lente, ou quand il devient chronique, on n'observe point de gonflement; les douleurs ne se font sentir qu'à des époques irrégulières; assez rarement elles sont continues, et augmentent presque toujours par les vicissitudes atmosphériques et par l'impression du froid. La durée du rhumatisme est généralement longue, plusieurs septenaires, des années; il a une tendance particulière à se renouveler.

388. *Caractères anatomiques*. Dans le rhumatisme aigu des muscles, lorsque l'inflammation a été très-intense, on trouve quelquefois du pus infiltré entre leurs fibres, ou même réuni en foyer. Ce tissu est ramolli, rougeâtre, brunâtre, très-facile à déchirer, et contient une sérosité sanguinolente. Lorsqu'il est chronique, les

muscles ne présentent point alors d'altération bien évidente ; souvent aussi on ne distingue aucun changement appréciable dans l'état de ces parties.

RHUMATISME ARTICULAIRE.

389. *Caractères diagnostiques.* Douleur vive, déchirante, ayant son siége dans une seule ou dans plusieurs articulations, augmentant par le moindre mouvement et par la pression la plus légère, s'accompagnant d'un gonflement plus ou moins considérable de l'articulation, et quelquefois d'une inflammation des tégumens qui la recouvrent, permettant dans quelques cas d'y reconnaître de la fluctuation. Le rhumatisme articulaire existe de préférence dans les grandes articulations, aux genoux, aux poignets, aux coudes, etc. Cette inflammation se déplace très-facilement, et détermine presque toujours de la fièvre ; sa durée est constamment longue.

390. *Caractères anatomiques.* Les articula-

tions affectées sont remplies de pus plus ou moins épais, ou de sérosité sanguinolente; souvent la synoviale est injectée, tuméfiée ou détruite; les cartilages articulaires sont augmentés de volume, épaissis, amincis ou manquent en partie; quelquefois du pus est répandu autour de l'articulation ou dans les coulisses des tendons.

GOUTTE.

391. *Caractères diagnostiques.* Inflammation des petites articulations, et particulièrement du gros orteil et des phalanges; étant ordinairement héréditaire; durant une grande partie de la vie du malade, et n'étant pas accidentelle, comme le rhumatisme aigu articulaire; ne survenant guères avant l'âge de trente ans et que chez des sujets habitués à vivre d'une manière succulente; se liant assez souvent à des irritations du tube digestif, revenant par accès réguliers ou irréguliers, dans lesquels une douleur plus ou moins considérable,

s'empare du gros orteil, de la cheville ou du talon, et, après une durée plus ou moins longue, se dissipe et laisse une rougeur avec gonflement de la partie affectée ; dans le plus grand nombre des cas, il survient, à la suite des accès de goutte, des concrétions d'urate de soude et de chaux dans les articulations. Lorsque cette maladie est ancienne ou vague, son diagnostic devient très-difficile.

392. *Caractères anatomiques.* Existence de concrétions tophacées dans les articulations ; fréquemment on y trouve des altérations consécutives à quelque inflammation.

MALADIES

DES TISSUS VASCULAIRE ET NERVEUX.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

393. *Caractères diagnostiques.* Gonflement dur et permanent, borné dans le

principe aux vaisseaux lymphatiques de la partie affectée; débutant par une douleur fixée dans un paquet de glandes ou dans le trajet des vaisseaux lymphatiques; il s'y joint bientôt de la douleur, qui augmente par la pression, de la rougeur, une tuméfaction inégale et de la gêne dans les mouvemens. Après quelques jours de durée, le gonflement disparaît, pour se reproduire ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés : les parties affectées prennent de plus en plus de dureté; il se forme alors des tubercules durs et inégaux; les pieds, les jambes, les mains et la face, qui sont les régions du corps les plus exposées à ce mode d'altération, se déforment et quelquefois deviennent le siége de croûtes épaisses et blanchâtres, ou d'ulcérations qui fournissent un liquide sanieux.

394. *Caractères anatomiques.* Les glandes lymphatiques sont tuméfiées, décolorées et ramollies; les vaisseaux lymphatiques sont également augmentés de volume; leurs parois sont très-faciles à rompre lorsqu'on

les injecte ; le tissu cellulaire qui les réunit participe à ce mode d'altération et présente une apparence squirrheuse.

PHLÉBITE.

395. *Caractères diagnostiques.* Douleur et gonflement dans le trajet de la veine enflammée, se propageant du point enflammé vers le cœur ; tuméfaction du tissu cellulaire voisin et quelquefois de tout le membre ; sensation d'une espèce de cordon roulant sous le doigt, et tendu dans la direction du vaisseau. Cette maladie est ordinairement la suite de la saignée.

396. *Caractères anatomiques.* A l'ouverture du cadavre on trouve souvent une quantité plus ou moins considérable de pus dans les veines enflammées ; leurs membranes sont ordinairement épaissies, rouges et plus faciles à déchirer que dans l'état naturel : l'inflammation s'étend en général davantage du côté du cœur que dans la direction opposée.

NÉVRALGIES.

397. *Caractères diagnostiques.* Douleur fixée sur un tronc ou une branche de nerf, se propageant dans leurs diverses ramifications, les parcourant avec rapidité et se faisant sentir successivement dans les unes et les autres, dans toutes ensemble, ou dans un ou deux filamens seulement. La douleur névralgique offre des variétés nombreuses; tantôt elle consiste en un froid glacial, une chaleur brûlante, un engourdissement pénible, des erreurs de tact ou une espèce de commotion électrique; tantôt elle fait éprouver une sensation de déchirement, des fourmillemens passagers, des élancemens rapides et instantanés, des pulsations permanentes. Cette douleur a pour caractère constant d'offrir des rémissions et des paroxysmes irréguliers; souvent elle cesse, et reparaît subitement sans motif appréciable. La pression des troncs ou des filets nerveux affectés, même dans la plus

grande intensité des paroxysmes, calme plutôt la douleur qu'elle ne la développe; ou s'il arrive qu'elle la détermine, jamais alors elle ne donne lieu à cette variété de sensations propres à la névralgie; c'est un léger engourdissement des parties comprimées, mais non une douleur lancinante dans le trajet du nerf. Les tégumens qui recouvrent la partie affectée n'offrent, en général, aucune rougeur, aucun gonflement, aucun changement appréciables; souvent la chaleur diminue la douleur; d'autres fois elle l'exaspère, et alors le froid la soulage. La névralgie est susceptible de passer d'un nerf à un autre avec une rapidité extrême. Cette maladie est susceptible d'attaquer la plupart des nerfs du corps; mais comme ses symptômes sont toujours les mêmes, nous n'indiquerons que ses principales variétés.

398. *Névralgie faciale.* Douleur fixée sur les branches faciales de la portion dure de la septième paire des nerfs, le nerf frontal, le sous-orbitaire, le mentonnier, les nerfs dentaires supérieurs et inférieurs, et le nazo-

palatin. C'est dans cette névralgie, qui souvent est intermittente, que les douleurs sont les plus atroces et les plus variables; c'est à cette espèce que les caractères que nous venons d'indiquer se rapportent particulièrement. Les paroxysmes n'ont ordinairement que peu de durée, mais se répètent très-fréquemment.

399. *Névralgie iléo-scrotale.* Rare, ayant son siége dans la seconde branche de la première paire de nerfs lombaires. La douleur prend naissance vers la crète de l'os des îles, se propage aux cordons spermatiques, au scrotum, s'accompagne de resserrement de cette enveloppe cutanée et de rétraction des testicules.

400. *Névralgie sciatique.* La douleur s'étend de l'échancrure ischiatique au jarret, en suivant la face postérieure de la cuisse, puis se répand autour du genou, et de là se propage à la jambe, le long de son bord péronier, ou se perd dans le mollet.

401. *Névralgie crurale.* La douleur suit le trajet du nerf crural, depuis l'arcade du

même nom jusqu'au dos du pied, en cotoyant la face interne de la jambe.

402. *Névralgie cubito-digitale.* La douleur s'étend ordinairement du condyle interne de l'humérus aux faces dorsale et palmaire de l'avant-bras.

403. *Caractères anatomiques.* Les nerfs n'offrent, en général, aucune altération appréciable.

NÉVRITE (1).

404. *Caractères diagnostiques.* Douleur fixée sur un tronc ou un rameau nerveux, se bornant à la sensation de déchirement, d'engourdissement ou d'élancement, n'offrant point cette variété de sensations qui appartiennent aux névralgies, s'exaspérant toujours et à un haut degré par la pression

---

(1) Mémoire sur l'Inflammation des nerfs; par L. Martinet. *Revue médicale et Journal de Clinique*, juin, 1824.

Mémoire sur la Névrite puerpérale; par Ant. Dugès. *Même journal*, août, 1824.

exercée sur le trajet du nerf enflammé ; étant le plus ordinairement continue, ou n'ayant que des rémissions peu marquées ; s'accompagnant dans quelques cas d'une augmentation de volume du nerf.

405. *Caractères anatomiques.* Rougeur plus ou moins considérable du tissu nerveux, avec injection des vaisseaux du névrilème ou du tissu cellulaire qui l'entoure ; ecchymoses partielles ; infiltrations séroso-sanguinolentes ou séroso-purulentes entre les fibres qui composent le nerf ; pus concret disséminé entre ses filets. Dans quelques cas rares, les nerfs ont été trouvés gangrénés dans plusieurs points de leur étendue ; quelquefois même il existe dans leur tissu de petites tumeurs dures semblables à des tubercules développées, dans le névrilème ou seulement dans l'interstice des fibres nerveuses.

MALADIES GÉNÉRALES.

SCORBUT.

406. *Caractères diagnostiques.* Tendance à la paresse dès le début; pesanteur dans les muscles, particulièrement aux lombes et aux membres inférieurs; bientôt après gonflement indolent et pâteux des jambes, qui se couvrent de taches plus ou moins étendues, non saillantes, rouges, bleuâtres, violettes, ou jaunâtres, tout-à-fait analogues aux ecchymoses produites par des contusions, changeant de couleur comme ces dernières, devenant jaunâtres et s'éteignant enfin peu-à-peu; gonflement, douleur, saignement des gencives; odeur fétide de la bouche; vacillement et chute des dents; hémorrhagies des membranes muqueuses.

407. *Caractères anatomiques.* Dans cette maladie le sang est souvent diffluent;

les chairs sont molles ; les os ramollis, jaunes et rugueux. Les organes des cavités splanchniques offrent des altérations très-variées ; en général, ils sont ramollis, blafards et gorgés d'un sang presque aqueux. Le cerveau est ordinairement sain, mais très-mou.

SYPHILIS.

408. *Caractères diagnostiques.* Phénomènes variables selon la nature du tissu affecté, mais étant toujours la suite d'une infection syphilitique ; possibilité de reproduire la même maladie par l'inoculation ou par le contact, si le tissu qui est le siége de la syphilis présente des ulcérations ou un écoulement. Lorsque le tissu muqueux est affecté, ses lésions consistent le plus ordinairement en blennorrhagie, en ophthalmie et en ulcères, qui surviennent à la suite d'une pustule, et dont le fond est grisâtre, les bords durs, épais, rouges et taillés à pic : on les observe particulièrement au gland, à la surface interne du pré-

puce, à la vulve, à la bouche, à la gorge et au pourtour de l'anus. Lorsque la syphilis affecte la peau, elle y détermine des taches cuivrées ou d'un rouge brun, des croûtes sèches et furfuracées, qui occupent souvent la racine des cheveux; des ulcères grisâtres, à bords calleux et rouges, consécutifs à des boutons pointus, saillans, qui se rapprochent beaucoup du furoncle pour la forme; des pustules arrondies et transparentes, couvertes de croûtes; des fissures sèches ou suppurantes; enfin un état rugueux de l'épiderme et de la superficie de la peau. Si les glandes sont malades, elles présentent des inflammations qui tendent à se terminer par la suppuration ou l'induration : les glandes inguinales sont celles qui y sont les plus exposées (*bubons*). Le périoste et les os, surtout ceux du crâne et de la face, le sternum et le tibia, se tuméfient (*périostose, exostose*), et donnent lieu à des tumeurs dures plus ou moins saillantes, ainsi qu'à des douleurs qui se font davantage sentir pendant la nuit; sou-

vent même ils s'altèrent plus profondément et se carient.

409. *Caractères anatomiques.* Ceux qui viennent d'être décrits.

SCROPHULES.

410. *Caractères diagnostiques.* Engorgement des glandes des diverses parties du corps, mais particulièrement de celles du col et du ventre, survenant sans douleur, affectant de préférence les enfans, ne faisant que des progrès très-lents, ne s'accompagnant dans le principe d'aucun changement de couleur à la peau, qui plus tard prend une couleur rouge, s'amincit et finit par s'ulcérer. Les scrophules déterminent souvent la tuméfaction de l'extrémité des os longs, ou même leur carie; elles entraînent également à leur suite l'engorgement lymphatique des surfaces articulaires et particulièrement de celles du genou, de la hanche, du pied et du coude. Les glandes, après avoir resté plus ou moins de temps tumé-

fiées, se ramollissent et donnent lieu à des ulcères blafards de la peau, d'où s'écoule un liquide séreux, mêlé quelquefois à des flocons albumineux. Les cicatrices qui résultent de ces ulcères sont irrégulières, pâles et ridées. Lorsque les scrophules sont fixées sur les poumons, elles donnent lieu à la phthisie. L'affection scrophuleuse est une maladie propre aux personnes qui ont un système lymphatique très-développé ; elle est endémique dans certaines vallées humides et froides où les rayons du soleil pénètrent difficilement.

411. *Caractères anatomiques.* L'examen des cadavres fait reconnaître des dégénérescences variées des glandes cervicales, maxillaires ou mésentériques ; celles des aisselles et des aines sont, au contraire, moins ordinairement affectées. Les poumons sont très-souvent remplis de tubercules. Chez quelques sujets il existe un gonflement, avec ramollissement ou destruction des surfaces articulaires et carie des extrémités des os.

FIÈVRES.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

SCARLATINE.

412. *Caractères diagnostiques.* Maladie contagieuse, débutant par des phénomènes de phlogose des diverses membranes muqueuses, et particulièrement de celle de la gorge, auxquels succède, du deuxième au quatrième jour, une éruption sur la peau de petites taches isolées, peu saillantes, d'abord d'un rouge pâle, puis d'un rouge écarlate, s'étendant successivement en largeur, se rapprochant les unes des autres, devenant ainsi confluentes et formant de grandes plaques, qui font paraître la peau comme enduite de suc de framboise ou de lie de vin. Ces plaques, dont la durée est de sept à neuf jours, se montrent au visage et

au col, ensuite à la poitrine, au ventre et aux membres; elles disparaissent en suivant le même ordre, et sont remplacées par une desquammation furfuracée de l'épiderme.

ROUGEOLE.

413. *Caractères diagnostiques.* Maladie contagieuse, ne se montrant ordinairement qu'une fois dans la vie, consistant en taches lenticulaires d'un rouge vermeil, séparées par des intervalles anguleux non colorés, ne dépassant pas ordinairement le niveau de la peau, quelquefois cependant gonflées à leur partie moyenne, et sous forme de petits boutons qui sont plus sensibles au toucher qu'à la vue; ne contenant aucun liquide, disparaissant en laissant de très-légères aspérités, et ne suppurant jamais : ces taches, dont la durée est de sept à neuf jours, et qui se montrent d'abord au visage et au col, puis à la poitrine, au ventre et aux membres, forment, en se rapprochant, des plaques vermeilles, irrégulières, saillantes ou

aplaties, plus larges et plus rouges sur les membres qu'ailleurs; leur apparition est constamment précédée et accompagnée de phlogose plus ou moins intense des muqueuses nasale, oculaire, gastro-intestinale et pulmonaire particulièrement, avec fièvre concomitante. La rougeole se termine par une desquammation de l'épiderme.

414. *Caractères anatomiques.* Les traces de cette éruption disparaissent après la mort : les muqueuses des voies aériennes et digestives présentent souvent des plaques rouges plus ou moins étendues.

VARICELLE.

415. *Caractères diagnostiques.* Eruption presque générale, dès le premier ou le deuxième jour, de petits boutons d'abord peu saillans, un peu rouges, qui s'étendent, deviennent blanchâtres et présentent un sommet sphérique rempli d'un liquide blanc, diaphane, sans odeur, lequel n'a pas la faculté de produire la même maladie par

l'inoculation. Les trois périodes d'éruption, de suppuration et de dessication se confondent; la terminaison, constamment heureuse, a lieu vers le sixième ou le dixième jour; la peau n'offre aucune cicatrice consécutive.

VARIOLE.

416. *Caractères diagnostiques.* Après deux ou trois jours de fièvre ou de symptômes gastriques, apparaissent successivement au cou, au visage, à la poitrine et sur le reste du corps, pendant quatre ou cinq jours, des boutons qui offrent les caractères suivans : ils sont lenticulaires et présentent une dépression à leur centre; d'abord très-petits et rouges, ils s'étendent, deviennent blancs et sont entourés d'une aréole rosée; à cette époque ils sont remplis par un liquide séro-purulent qui a une odeur nauséabonde et jouit de la propriété de communiquer la maladie par l'inoculation. La peau qui les avoisine se tuméfie et devient douloureuse; c'est principalement au visage et aux

mains que cet état s'observe, surtout dans la variole confluente, où les boutons sont souvent affaissés ; dépourvus alors d'aréole rouge, ils se confondent en formant de larges plaques couvertes de phlyctènes ou d'une pellicule blanchâtre. Du neuvième au onzième jour, les boutons se déssèchent dans l'ordre de leur développement, et sont remplacés par des croûtes qui se détachent du quinzième au vingtième jour, et qui laissent après leur chute des cicatrices d'abord roses, puis incolores, plus ou moins profondes, étendues et inégales, et surtout indélébiles. Cette maladie, éminemment contagieuse, attaque principalement l'enfance, est très-souvent épidémique, et n'affecte un individu qu'une seule fois dans sa vie.

417. *Caractères anatomiques.* Si l'on divise les boutons de variole, on les voit, 1°. pendant l'éruption, formés par une masse solide, rougeâtre, semblable au phlegmon, occupant le corps réticulaire et adhérent au chorion ; 2°. pendant l'inflam-

mation, remplis d'un liquide très-variable; 3°. pendant la suppuration, contenant du pus et déprimant le chorion; 4°. après la dessication, formant une croûte sur le derme, qui est rouge, plus ou moins profondément. Souvent on trouve sur divers points des membranes muqueuses gastro-intestinale et bronchique de petits boutons varioleux, dont l'aspect se rapproche beaucoup des aphtes.

VACCINE.

418. *Caractères diagnostiques*. La vaccine ne peut être que le résultat de l'inoculation du virus provenant du cowpox ou des boutons de vaccine. Du troisième au quatrième jour, il paraît une petite éminence dure et incolore à l'endroit de la piqûre, puis un bouton à dépression centrale, qui augmente peu-à-peu d'étendue et de grosseur; du sixième au septième jour, le bouton offre un bourrelet saillant, tendu, comme argenté et entouré d'un cercle rouge plus ou moins vif; si on pique alors ce bouton, il

en sort par goutte un liquide limpide, diaphane et visqueux, possédant la propriété de faire naître des boutons de même nature; du huitième au onzième jour, le gonflement et la rougeur de la peau augmentent; le bouton est large, moins saillant et blanchâtre; vers le douzième jour, la dessication commence et s'étend du centre à la circonférence; il se forme une croûte sèche, cornée, jaunâtre ou rougeâtre, qui tombe au vingt-cinquième jour, et laisse apercevoir une cicatrice assez profonde et ineffaçable. Toute éruption résultant de la vaccination, et qui ne présente pas ces caractères, est la *fausse vaccine*.

FIÈVRES.

FIÈVRE INFLAMMATOIRE.

419. *Caractères diagnostiques*. Frisson subit au début; face rouge, vultueuse; yeux brillans, injectés; battemens des artères

temporales et des carotides; éblouissemens; difficulté de supporter la lumière ou le bruit; pesanteur de tête; abattement; pouls grand, plein, fort et fréquent; battemens du cœur développés; respiration accélérée et profonde; langue un peu blanchâtre; constipation; couleur rosée de la peau, qui est chaude et halitueuse; disposition aux hémorrhagies, lesquelles s'accompagnent de soulagement; rougeur et rareté des urines qui, plus tard, déposent un sédiment briqueté; douleurs contusives des membres; exacerbation le soir et la nuit. Lorsque cette maladie acquiert plus d'intensité, la peau devient sèche, le pouls se concentre et prend de la fréquence, la langue est de moins en moins humide, et finit par être sèche et brunâtre; les facultés intellectuelles s'oblitèrent; la prostration est extrême, et le sujet succombe. Ces différens symptômes existent à des degrés variés, sans qu'il soit possible de les rattacher plutôt à l'altération d'un organe ou d'un tissu, qu'à celle de tous les autres, l'en-

semble de l'économie étant généralement affecté.

420. *Caractères anatomiques.* Point assez connus pour être décrits.

FIÈVRE BILIEUSE.

421. *Caractères diagnostiques.* Amertume de la bouche, langue couverte d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre, dégoût pour les substances animales, désir des boissons acides, envies de vomir, nausées, vomissemens bilieux, constipation ou diarrhée; céphalalgie sus-orbitaire, teinte jaune du contour des lèvres et des ailes du nez; peau chaude, sèche, brûlante et âcre au toucher; épigastre sensible à la pression; douleurs contusives dans les membres; pouls fort, fréquent, plein et dur; dans quelques cas, ictère général; exacerbations le soir ou le matin.

422. *Caractères anatomiques.* L'état actuel de la science ne permet pas de distinguer les altérations propres à la fièvre bi-

lieuse, de celles qui peuvent se rapporter à ses complications.

FIÈVRE MUQUEUSE.

423. *Caractères diagnostiques.* Frissons irréguliers au début; langue humide et blanchâtre, ou couverte d'un enduit muqueux épais; bouche fade et pâteuse; salivation, haleine fétide, aphtes sur la bouche; rapports acides ou nidoreux; vomissemens de mucosités acides et blanchâtres; diarrhée muqueuse; expulsion de vers; pouls peu fréquent ou même lent, petit et faible; chaleur modérée de la peau; quelquefois sueurs ayant une odeur aigre; urines rares, souvent très-abondantes, limpides, blanchâtres, avec sédiment grisâtre; céphalalgie obtuse, lassitude générale, douleurs dans les articulations; lenteur physique et morale; exacerbations irrégulières.

424. *Caractères anatomiques.* Impossibles à déterminer dans l'état actuel de la science.

FIÈVRE ADYNAMIQUE.

425. *Caractères diagnostiques.* Affaissement général, prostration extrême, impossibilité ou lenteur des mouvemens; flaccidité des muscles; membres retombant comme des masses, lorsqu'on les soulève; décubitus en supination; disposition à la gangrène des plaies ou des parties sur lesquelles porte le poids du corps; difficulté de rubéfier la peau; pétéchies, ecchymoses; sécheresse de la peau, qui est peu chaude; sueurs partielles, froides et visqueuses; affaissement des traits de la face; affaiblissement des facultés intellectuelles, stupeur, rêvasseries, réponses lentes, diminution de l'action des sens; yeux chassieux; langue pâle d'abord, puis se desséchant et se recouvrant, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit noirâtre et fuligineux; haleine fétide; déglutition souvent impossible; déjections noirâtres très-fétides, involontaires; météorisme du ventre;

urines ressortant par regorgement, ou séjournant dans la vessie, et déterminant une odeur particulière de souris; tendance aux hémorrhagies, qui augmentent constamment la prostration; pouls plutôt lent que fréquent, mou et facile à déprimer; les battemens du cœur sont faibles; le sang est diffluent et quelquefois verdâtre.

426. *Caractères anatomiques.* Impossibles à déterminer rigoureusement dans l'état actuel de la science; les cadavres se putréfient avec une facilité extraordinaire; la plupart des organes parenchymateux sont ramollis; le poumon et la muqueuse qui tapisse ses nombreux canaux sont gorgés d'un sang noir et diffluent.

FIÈVRE ATAXIQUE.

427. *Caractères diagnostiques.* Irrégularité, désordre, incohérence des diverses fonctions et des phénomènes qui s'y rapportent, avec trouble varié du système nerveux; défaut d'harmonie entre les symptô-

mes, et propension extrême à une terminaison funeste; augmentation ou perversion de la sensibilité et de l'action des sens; altération de la voix et de la parole; délire, rêvasseries, stupeur; agitation, convulsions générales ou partielles; tremblement, carphologie, soubresauts des tendons, rigidité musculaire, paralysies momentanées, lipothymies, syncopes, coma; pouls irrégulier, fréquent, lent, intermittent, variant souvent d'un moment à l'autre et au même bras; rougeur et pâleur alternatives de la face; transpiration cutanée tantôt supprimée, tantôt augmentée; changemens prompts dans la répartition de la chaleur du corps, qui souvent est inégale et irrégulière : le diagnostic de cette maladie est souvent très-difficile. La fièvre nerveuse peut être confondue avec les diverses affections du cerveau et avec la gastro-entérite.

428. *Caractères anatomiques.* Lorsque la fièvre nerveuse est simple, l'ouverture des cadavres ne présente aucune altération.

TYPHUS.

429. *Caractères diagnostiques.* Affection dépendant toujours d'un foyer d'infection, étant le plus généralement contagieuse et propre à l'Europe, se composant des symptômes appartenant aux phlegmasies des organes des trois cavités splanchniques, ou aux cinq ordres de fièvres précédemment décrites. Le typhus, dans sa première période, revêt les formes des fièvres inflammatoire, bilieuse et muqueuse, et celles des fièvres adynamique et ataxique dans sa dernière; il règne souvent épidémiquement, et offre, pour principaux symptômes, de la stupeur, des vertiges, des pétéchies, un trouble constant du système nerveux, et une tendance plus ou moins imminente à une issue funeste.

430. *Caractères anatomiques.* Très-variables; tantôt les organes de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen présentent des traces de phlegmasies intenses; tantôt ils

ne sont que légèrement affectés, ou même ils ne le sont pas du tout, surtout si la mort est survenue avec une grande promptitude. En général, les cadavres se putréfient avec une facilité étonnante.

FIÈVRE JAUNE.

431. *Caractères diagnostiques.* Affection tendant imminemment à une terminaison funeste, propre aux pays chauds et notamment aux Antilles, et ayant une marche excessivement rapide; ses principaux signes sont une céphalalgie violente, souvent orbitaire, avec rougeur ou pâleur de la face, paraissant dès le début, et étant bientôt suivies d'éructations, de nausées, d'une soif inextinguible, d'une teinte jaune-brun de la peau, laquelle commence en général par les tempes, les conjonctives, les côtés du cou, et se répand ensuite à tout le corps; bientôt viennent se joindre des douleurs violentes à l'épigastre, dans le ventre et surtout dans la région des

lombes; une chaleur intérieure excessive, avec refroidissement des extrémités; des vomissemens d'un liquide jaune, puis de matières noires; des urines rares, qui finissent par se supprimer; des hémorrhagies passives, des gangrènes locales, des syncopes, des hoquets, des soubresauts des tendons et une diminution progressive du pouls.

432. *Caractères anatomiques*. Teinte ictérique de la peau, qui est couverte çà et là de taches livides et bleuâtres; muscles mous ou contractés; congestion des méninges; quelquefois sérosité sanguinolente à la base du crâne et dans le rachis; taches rouges, livides ou noirâtres sur la muqueuse de l'estomac, qui est remplie par une matière noire semblable à celle qui a été rendue par les vomissemens. La membrane interne des intestins est souvent brune, le foie ramolli, les reins rouges ou couverts de taches gangréneuses, la vessie contractée et même enflammée.

PESTE.

433. *Caractères diagnostiques.* Maladie essentiellement contagieuse, propre à l'Orient, tendant à déterminer une mort très-prompte ; existant toujours avec des charbons et des bubons qui passent ordinairement à la gangrène, et avec des pétéchies sur les différentes parties du corps, lesquelles s'accompagnent des symptômes décrits en parlant des fièvres adynamique et ataxique.

434. *Caractères anatomiques.* On a trouvé des gangrènes de diverses portions du tube digestif, des congestions sanguines des organes de la tête et de la poitrine, des suppurations plus ou moins étendues des principaux viscères, et constamment des gangrènes de la peau et des glandes inguinales ou axillaires.

FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES.

435. *Caractères diagnostiques.* Fièvre avec retour plus ou moins régulier d'accès

composés des trois stades de froid, de chaleur et de sueur : si ces accès sont séparés par des intervalles apyrétiques complets, la fièvre est intermittente; si, au contraire, les accès se développent pendant le temps de la fièvre, elle est alors rémittente. Ces fièvres présentent en général les symptômes propres à l'un des cinq ordres décrits précédemment.

436. *Caractères anatomiques.* Les ouvertures cadavériques n'offrent rien de constant; souvent la rate est augmentée de volume et de consistance, principalement lorsque les accès ont été très-répétés.

FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES PERNICIEUSES.

437. *Caractères diagnostiques.* Accès de fièvre, ou simples paroxysmes, survenant avec des types variés, et ayant pour caractère spécial un phénomène plus ou moins grave, quelquefois même léger en apparence, mais menaçant toujours directement la vie, et allant croissant à chaque accès.

Ces fièvres, qui sont endémiques dans certains pays, reconnaissent le plus ordinairement pour cause des miasmes marécageux très-actifs.

438. *Caractères anatomiques.* Altérations variées des organes auxquels se sont rapportés les symptômes qui ont caractérisé la fièvre : dans d'autres cas, on ne trouve aucune lésion appréciable, surtout lorsque la mort a été très-prompte.

EMPOISONNEMENS.

EMPOISONNEMENS

PAR LES SELS MÉTALLIQUES CORROSIFS.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ARSENIC (1).

439. *Caractères diagnostiques.* Saveur âcre et métallique ; constriction au pharynx ; nausées, vomissemens brunâtres, quelquefois sanguinolens ; salivation abondante ; anxiété précordiale ; perte de connaissance ; chaleur et douleur vive à l'estomac ; selles noires, quelquefois verdâtres, d'une odeur fétide ; coliques vives ; ténesme ; pouls

(1) Les principales préparations d'arsenic sont : *L'acide arsénieux* (arsenic blanc), *l'acide arsénique, le sulfure d'arsénic* (orpiment natif), *l'oxide noir d'arsénic* (poudre aux mouches), *la pâte arsénicale* (pâte du frère Côme).

petit, fréquent et irrégulier; chaleur brûlante de la peau; soif ardente; sueurs froides; respiration difficile; urines rares, rouges ou sanguinolentes; délire; convulsions; décomposition des traits de la face. Lorsque le poison a été pris en grande quantité, les malades meurent promptement, sans présenter les symptômes caractéristiques de ce mode d'empoisonnement.

440. *Caractères anatomiques.* Traces d'inflammation plus ou moins intense de la muqueuse des voies digestives, depuis la rougeur légère jusqu'à l'ulcération et même la gangrène.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ANTIMOINE (1).

441. *Caractères diagnostiques.* Les mêmes que ceux de l'empoisonnement par les aci-

---

(1) Les principales sont : *Le tartrate d'antimoine et de potasse* (tartre émétique), *le chlorure d'antimoine* (beurre d'antimoine), *le sous-hydro-sulfate d'antimoine* (kermès minéral), *l'oxide d'antimoine vitrifié* (verre d'antimoine).

des; ils débutent, en général, par des vomissemens très-abondans et opiniâtres, avec douleur vive à l'estomac; on observe une prostration extrême des forces, des selles copieuses, des coliques vives, des crampes, des sueurs froides et une sorte d'ivresse.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE CUIVRE (1).

442. *Caractères diagnostiques.* Goût de cuivre à la bouche; éructations d'odeur cuivreuse; nausées; vomissemens verdâtres, difficiles et douloureux; tiraillemens d'estomac; coliques vives; évacuations alvines fréquentes, noires et sanguinolentes, accompagnées de ténesme; ventre tendu; pouls petit, dur et fréquent; anxiétés; sueur froide; céphalalgie; vertige; convulsions.

---

(1) *Sulfate de cuivre* (couperose blanche), *suracétate de cuivre* (vert-de-gris), *carbonate de cuivre* (vert-de-gris naturel).

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ARGENT (1).

443. *Caractères diagnostiques.* Mêmes symptômes que ceux que déterminent les autres substances corrosives.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'OR (2).

444. *Caractères diagnostiques.* Les mêmes que ceux qui résultent de l'action de la plupart des autres sels métalliques.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE MERCURE (3).

445. *Caractères diagnostiques.* Mêmes symptômes que ceux des autres corrosifs; goût âcre et métallique; tuméfaction et

(1) *Nitrate d'argent* (pierre infernale).

(2) *Hydro-chlorate d'or* (or fulminant).

(3) *Deuto-chlorure de mercure* (sublimé corrosif), *sulfure rouge de mercure* (cinnabre, vermillon), *oxide rouge de mercure* (précipité rouge).

chaleur brûlante de la gorge ; douleur d'estomac et de l'abdomen, portée en peu de temps au plus haut degré ; salivation très-prompte, avec les caractères particuliers au mercure, lorsque c'est le sublimé qui a déterminé l'empoisonnement.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE BISMUTH (1).

446. *Caractères diagnostiques.* Mêmes symptômes que ceux que déterminent les autres poisons corrosifs très-actifs.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB (2).

447. *Caractères diagnostiques.* Goût sucré, métallique et astringent ; douleur d'estomac ; resserrement à la gorge ; vomissemens opiniâtres très-douloureux,

(1) *Nitrate de bismuth*, *oxide de bismuth* (blanc de fard).

(2) *Sur-acétate* (sucre de plomb), *carbonate de plomb*, vins frelatés avec les préparations de plomb.

quelquefois sanguinolens ; hoquet ; convulsions. Si le malade survit, on observe très-souvent des paralysies ou des douleurs variées consécutives.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ÉTAIN (1).

448. *Caractères diagnostiques.* Symptômes communs à tous les empoisonnemens par les corrosifs ; quelquefois la paralysie lui succède, mais le plus souvent la mort en est le résultat.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE ZINC (2).

449. *Caractères diagnostiques.* Goût acerbe à la bouche, avec sentiment de strangulation ; nausées, vomissemens. Souvent les accidens cessent promptement, parce que le poison est expulsé en raison de sa propriété émétique ; si, au contraire,

(1) *Hydro-chlorate d'étain*, *oxide d'étain* (potée).
(2) *Sulfate de zinc* (vitriol blanc), *oxide de zinc.*

il reste dans l'estomac, on observe les symptômes propres à l'empoisonnement par les autres poisons corrosifs.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES (1).

450. *Caractères diagnostiques.* Tous les acides agissent de même, à très-peu de différence près; les symptômes qu'ils déterminent consistent en goût aigre, brûlant et désagréable; chaleur et douleur vive à la gorge, puis à l'œsophage, à l'estomac et aux intestins; fétidité de l'haleine; éructations; nausées; vomissemens répétés d'un liquide sanguinolent, jaunâtre ou brun, faisant effervescence sur le carreau et rougissant fortement la teinture de tournesol; selles copieuses, plus ou moins teintes de sang; sensibilité extrême de l'abdomen; soif ar-

---

(1) Les principaux sont : Les acides *sulfurique* (huile de vitriol), *nitrique* (eau-forte), *hydrochlorique* (esprit de sel), *phosphorique, phosphatique, oxalique, tartarique, citrique* et *prussique.*

dente, inextinguible; augmentation de la douleur par l'ingestion des boissons; pouls petit et irrégulier; urines rares et difficiles à évacuer; respiration gênée; pâleur extrême avec décomposition de la face; sueurs froides; et dans quelques cas convulsions; les facultés intellectuelles se conservent ordinairement libres. Assez souvent le poison produit, par son contact sur les lèvres, la langue et le pharynx, des escarres jaunes, blanches ou brunes, qui s'exfolient et laissent voir une perte de substance.

L'acide prussique, lorsqu'il est inoculé à la surface du corps, même en très-petite quantité, détermine une mort presque instantanée.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LEURS COMPOSÉS (1).

451. *Caractères diagnostiques.* Goût âcre, urineux et caustique, joints à la plupart des

(1) *Potasse, soude caustique, chaux, ammoniaque, carbonate de chaux, baryte pure, carbo-*

symptômes de l'empoisonnement par les acides concentrés; liquide des vomissemens et des selles verdissant le sirop de violettes.

L'ammoniaque détermine promptement la mort, et donne lieu à un dérangement dans les facultés intellectuelles.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

452. *Caractères diagnostiques.* Goût d'ail à la bouche, très-brûlant et très-prononcé, joint à tous les symptômes qui résultent de l'empoisonnement par les acides.

EMPOISONNEMENT PAR L'IODE ET SES PRÉPARATIONS (1).

453. *Caractères diagnostiques.* Mêmes symptômes que dans l'empoisonnement par

---

nate et hydro-chlorate de baryte, *nitrate de potasse* (salpêtre, nitre, sel de nitre), *hydro-chlorate d'ammoniaque* (sel ammoniac), *sulfures de potasse et de soude.*

(1) *Teinture d'iode*, *hydriodates de potasse et de soude.*

les acides, et de plus couleur jaune très-prononcée de la langue et du gosier.

EMPOISONNEMENT PAR L'ALCOHOL ET SES COMPOSÉS (1).

454. *Caractères diagnostiques.* Ivresse, puis insensibilité complète; phénomènes paralytiques; carus; face gonflée et d'un rouge foncé; respiration stertoreuse; l'haleine sent fortement le vin ou les liqueurs qui ont produit l'ivresse.

EMPOISONNEMENS

PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES.

POISONS ACRES (2).

455. *Caractères diagnostiques.* Tous les poisons de cette classe déterminent à peu

(1) *Vins, eaux-de-vie, liqueurs spiritueuses.*

(2) Les principaux sont : *l'aconit, la grande*

près les mêmes effets, lesquels consistent, en général, dans les suivans : saveur âcre et piquante à la bouche, ou bien amertume très-forte; ardeur à la gorge; sécheresse de la bouche et du pharynx, avec constriction; vomissemens persistant même après l'expulsion du poison; douleurs vives dans l'estomac et les intestins; évacuations alvines abondantes; pouls fort, fréquent, développé; quelquefois dilatation de la pupille; insensibilité générale; petitesse et irrégularité du pouls; mort.

POISONS NARCOTIQUES (1).

456. *Caractères diagnostiques.* Pesanteur de tête, stupeur, engourdissement; envies

chélidoine, la scammonée, le calicocca ipécacuanha, la coloquinte, le staphysaigre, la gratiole, l'ellébore noir, le sumac vénéneux, le ricin, la joubarbe, la scille, l'ellébore blanc, l'émétine, la delphine, la vératrine, les champignons vénéneux.

(1) Les principaux sont : *l'aristoloche clématite, la belladone, la ciguë, la pomme épineuse, la digitale pourprée, la jusquiame noire, la laitue vireuse,*

de vomir peu prononcées d'abord, mais devenant bientôt insupportables ; tendance insurmontable au sommeil, état d'ivresse, aspect hébêté, visage gonflé, paupières tuméfiées, yeux languissans; pupilles toujours largement dilatées, très-peu ou nullement contractiles; affaissement des muscles des membres, et particulièrement des inférieurs; quelquefois mouvemens convulsifs de différentes parties du corps; ordinairement le pouls est d'abord fort et plein, puis devient faible, lent, très-rare et irrégulier; enfin surviennent des anxiétés précordiales, des déjections alvines, des convulsions, et la mort.

457. *Caractères anatomiques.* Après la mort, on ne trouve point de traces d'inflammation dans les parties avec lesquelles

---

le laurier cerise, la coque du levant, le tabac, le pavot, la douce-amère, la noix vomique, l'atrapine, la daturine, le camphre, l'acide prussique, la morphine, la narcotine, la solanine, la strychnine, la brucine.

le poison s'est trouvé en contact, mais un engorgement des vaisseaux des méninges et des poumons; ces derniers sont peu crépitans et d'une couleur rouge foncée : le sang qui y est contenu, ainsi que dans le cœur, est tantôt liquide, tantôt coagulé.

EMPOISONNEMENS

PAR LES PRODUITS ANIMAUX.

EMPOISONNEMENT PAR LA CHAIR DES POISSONS (1).

458. *Caractères diagnostiques.* Plus ou moins long-temps après que la chair de ces poissons a été avalée, on éprouve une pesanteur à l'estomac, des vomissemens, des tranchées, de la céphalalgie, des vertiges; la tête et le tour des yeux sont brûlans; la face est rouge et gonflée; les malades éprou-

(1) Tels sont entre autres : *le homard, le crabe de terre, les moules, la lamproie, les perches, les scombres, etc.*

vent une soif ardente; très-souvent il paraît sur tout le corps une éruption ortiée; le pouls est accéléré, petit, serré; il survient quelquefois des convulsions; rarement les extrémités sont froides.

EMPOISONNEMENT PAR LA PIQÛRE DES INSECTES VENIMEUX (1).

459. *Caractères diagnostiques.* Ordinairement douleur, gonflement et quelquefois inflammation grave de la partie piquée, se terminant dans quelques cas par la gangrène, et s'accompagnant de nausées, de vomissemens, de fièvre, d'engourdissement, de tremblement général, et dans quelques cas même de mort.

EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES PRISES A L'INTÉRIEUR.

460. *Caractères diagnostiques.* Odeur nauséabonde de l'haleine, saveur âcre, chaleur

(1) *Le scorpion, la tarentule, l'araignée des caves, l'abeille, la guêpe, le frélon, le cousin.*

brûlante, douleur à la gorge, à l'estomac et au ventre; vomissemens fréquens et sanguinolens; évacuations alvines abondantes; ardeur dans la région lombaire et dans la vessie; envies fréquentes d'uriner; strangurie ou rétention complète des urines; priapisme opiniâtre et très-douloureux; fièvre, convulsions, délire, mort.

EMPOISONNEMENT PAR LA MORSURE DES SERPENS VÉNIMEUX (1).

461. *Caractères diagnostiques.* Douleur vive et cuisante dans la partie qui a été mordue, et se propageant dans tout le corps comme un trait de feu; bientôt se développe du gonflement, avec dureté et pâleur d'abord, puis avec rougeur livide et aspect gangréneux; le pouls se concentre, devient petit, fréquent et irrégu-

---

(1) *La vipère commune, la vipère noire, les serpens à sonnettes*, et plusieurs autres espèces inconnues dans nos climats.

lier ; il survient des syncopes, des vomissemens, de l'anxiété, de la difficulté à respirer, et des sueurs froides et abondantes ; la vue s'affaiblit ; le délire se manifeste ; une teinte jaune se répand sur tout le corps ; après un certain temps la partie mordue devient insensible, laisse échapper un fluide séreux, se couvre de taches gangréneuses, et le malade succombe.

EMPOISONNEMENT PAR LA MORSURE DES ANIMAUX ENRAGÉS.

462. *Caractères diagnostiques.* A une époque plus ou moins éloignée du moment de la morsure (généralement entre le vingtième jour et trois ou quatre mois) la partie mordue devient douloureuse, se rouvre, laisse suinter une sérosité roussâtre ; si elle n'a pas été encore cicatrisée, elle devient rouge et fournit un pus séreux et roussâtre ; il survient de l'inquiétude, de l'anxiété, des spasmes, de la gêne dans la respiration ; le malade éprouve un frémissement, qui

de la plaie s'étend à tout le corps et semble se terminer à la gorge ; il est dévoré par une chaleur interne et quelquefois par une soif extrême, mais il n'ose point boire ; l'aspect de l'eau et des corps polis et brillans l'irrite et augmente les accidens ; la déglutition est impossible. Au bout de quatre ou cinq jours ces symptômes augmentent ; de violentes convulsions se déclarent dans toutes les parties du corps et donnent un aspect hideux à la face ; les yeux sont rouges et saillans ; la langue pend hors de la bouche, une salive visqueuse s'écoule au-dehors ; dans quelques cas rares il se développe des envies de mordre ; le pouls devient inégal et intermittent ; une sueur froide se répand sur le corps, et la mort arrive.

EMPOISONNEMENS

PAR LES GAZ.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CARBONIQUE (1).

463. *Caractères diagnostiques.* D'abord pesanteur et douleur de tête ; sentiment de compression aux tempes ; vertiges, palpitations, bourdonnemens d'oreilles ; quelquefois nausées ; la respiration est difficile, stertoreuse, puis elle cesse entièrement, ainsi que la circulation ; le malade est dans un état de mort apparente.

---

(1) Il a lieu dans les appartemens fermés et échauffés par le charbon, dans le voisinage des fours à chaux, dans les caves de vendanges, ou tout autrê endroit où il s'opère une fermentation alcoholique ; dans les marais où il y a décomposition active de matières végétales, dans les mines de charbon de terre, dans les lieux où l'atmosphère n'est pas assez souvent renouvelée.

Quand l'asphyxie est survenue dans un lieu où l'air, n'étant point renouvelé, a perdu par conséquent presque tout son oxygène et contient une grande quantité d'acide carbonique, ces symptômes sont précédés de soif vive, de sueurs abondantes et de douleurs de poitrine, puis de syncope, d'insensibilité et d'immobilité; dans quelques cas les membres sont flasques, d'autres fois ils sont roides; la chaleur se conserve en général pendant long-temps; la face est tantôt rouge ou violette, tantôt pâle et plombée; quelquefois il existe des évacuations alvines et urinaires involontaires.

464. *Caractères anatomiques.* Corps un peu tuméfié; membres flexibles; vaisseaux veineux des poumons et du cerveau gorgés de sang noir et fluide; artères presque vides; muscles ramollis; muqueuse de l'estomac et des intestins rougeâtre; langue tuméfiée, épiglotte toujours relevée.

EMPOISONNEMENS PAR L'ACIDE HYDRO-SULFURIQUE ET PAR L'HYDRO-SULFURE D'AMMONIAQUE (1).

465. *Caractères diagnostiques.* Quand le malade n'a respiré qu'une petite quantité du gaz délétère, il éprouve du malaise, des nausées, des convulsions générales ; la peau est froide ; la respiration est libre, mais se fait par secousses ; le pouls est irrégulier.

Quand le gaz a été respiré en grande quantité, on observe les symptômes de l'asphyxie par l'acide carbonique ; en outre, la pupille est dilatée et immobile, la bouche est remplie d'écume sanguinolente ; la respiration est courte et difficile ; de temps en temps le malade est pris de secousses générales et d'agitation convulsive : il y a roideur tétanique des muscles par intervalles ; le tronc se courbe en arrière ; le malade pousse des cris sourds semblables

(1) Il a lieu dans les égouts, les puisards, les fosses d'aisances et certaines mines où il y a eu décomposition d'hydro-sulfures.

aux mugissemens du taureau; si la syncope se déclare, elle est rarement de longue durée.

466. *Caractères anatomiques.* Les bronches et les fosses nasales sont enduites d'une mucosité visqueuse et brunâtre; les poumons sont gonflés; le cœur et les vaisseaux contiennent un sang noir, épais et abondant; les muscles sont noirâtres; toutes les parties molles, privées de leur consistance naturelle, se déchirent très-facilement et se putréfient en peu de temps.

ASPHYXIES.

ASPHYXIE PAR DÉFAUT D'AIR RESPIRABLE (1).

467. *Caractères diagnostiques.* La respiration est d'abord précipitée et haute; il sur-

(1) Comme sur les montagnes très-élevées, ou dans les aérostats; par le séjour dans des lieux trop froids ou trop échauffés.

vient une gêne extrême dans la poitrine, puis un crachement de sang, des étourdissemens et des syncopes.

Quand l'asphyxie est occasionée par le froid, le malade n'éprouve aucune douleur, mais de l'engourdissement, de la somnolence et de l'assoupissement, auxquels succède une suspension de la respiration et de la circulation.

TISSUS ACCIDENTELS

QUI N'ONT POINT D'ANALOGUES DANS LE CORPS.

TUBERCULES.

468. *Caractères anatomiques*. Tissu morbide propre à tous les organes, le plus commun de tous les tissus accidentels du même genre, existant presque toujours en grand nombre. Les tubercules se présentent sous la forme de tumeurs sphéroïdes, ou de masses infiltrées dans le tissu où ils se sont développés; leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule; tantôt ils adhèrent intimement au tissu qui les environne et paraissent formés à ses dépens (tubercules non enkystés); tantôt ils sont enveloppés dans une membrane distincte, de nature celluleuse ou fibro-cartilagineuse, qui les isole com-

plètement du tissu dans lequel ils existent (tubercules enkystés).

Dans l'état de crudité, les tubercules consistent en une substance organique grisâtre, transparente, comme demi-cartilagineuse, ne présentant aucune trace de vaisseaux, et devenant plus tard opaque et d'une couleur jaune.

Dans l'état de ramollissement, travail qui se fait toujours du centre à la circonférence, les tubercules se convertissent en une matière caséiforme, pultacée, puis en un liquide caillebotté, puriforme et homogène, qui est expulsé au dehors ou résorbé à l'intérieur, et fait place à une cavité ulcéreuse : cette dernière peut, dans certains cas rares, se cicatriser au moyen d'un tissu fibro-cartilagineux.

SQUIRRHE.

469. *Caractères anatomiques.* Tissu d'un blanc un peu bleuâtre ou grisâtre, légèrement demi-transparent, peu coloré ou

incolore, dont la consistance dans l'état de crudité varie depuis celle de la couenne du lard, avec laquelle il a beaucoup d'analogie pour l'aspect, jusqu'à la dureté des cartilages ou des ligamens intervertébraux. Ce tissu est ordinairement divisé en masses irrégulières, rarement lobulées, homogènes et subdivisées elles-mêmes en lobules réunis par des intersections fibreuses ou par un tissu cellulaire très-serré; quelquefois il offre un aspect alvéolaire, ou seulement rayonné régulièrement, comme on l'observe à l'intérieur du navet; alors le squirrhe crie sous le scalpel lorsqu'on le gratte.

Dans l'état de ramollissement ce tissu prend graduellement la consistance et l'aspect d'une gelée de viande figée, ou d'un liquide sirupeux dont la transparence est troublée par une teinte d'un gris sale ou par un peu de sang; d'autres fois il devient semblable à du miel, à de la gomme, ou à une matière grise pultacée.

ENCÉPHALOÏDE.

470. *Caractères anatomiques.* La matière encéphaloïde, dans son état de crudité, est un peu plus blanchâtre et opaque, mais un peu moins consistante que le tissu squirrheux; elle forme des masses de grosseur variée, lobées ou lobulées, ordinairement contournées comme les circonvolutions cérébrales, séparées par un tissu cellulaire imparfait, très-fin, peu ferme, d'une mollesse extrême, et dans lequel se trouvent des vaisseaux assez volumineux, à parois très-minces et peu consistantes. Les subdivisions de ces lobes sont, comme dans le squirrhe, indiquées par des lignes d'un blanc plus mat que le reste de la tumeur; elles n'ont jamais aucune régularité, et sont quelquefois très-peu marquées.

Dans son état de ramollissement, l'encéphaloïde se rapproche de l'aspect et de la consistance de la substance médullaire d'un cerveau un peu mou, et laisse suinter des

gouttelettes de sang lorsqu'on l'incise. Lorsque ce ramollissement est complet, cette matière forme une sorte de bouillie d'une couleur rosée ou violacée, dont la consistance n'est pas la même dans tous les points. Ces masses présentent souvent des épanchemens de sang caillé ou liquide, qui ont quelque ressemblance avec ceux que l'on observe dans le cerveau à la suite des hémorrhagies de cet organe; d'autres fois, le mélange du sang avec la matière encéphaloïde la rapproche davantage des caillots qui se trouvent dans les tumeurs anévrysmales, avec lesquelles on pourrait même la confondre, si l'on n'avait un moyen de la distinguer de ces dernières, par quelques portions de matière encéphaloïde, qui conservent encore assez de caractères pour en faire reconnaître la véritable nature.

Les masses encéphaloïdes sont quelquefois enveloppées d'une espèce de membrane, ou de kyste à parois demi-cartilagineuses, dont la surface interne est dou-

blée de tissu cellulaire mou et vasculaire; dans d'autres cas, elles n'ont pas de membrane distincte, mais elles sont entourées par une couche de tissu cellulaire très-friable; quelquefois le kyste est incomplet dans son développement; enfin il peut exister des infiltrations séreuses dans le tissu cellulaire ambiant, ou dans la substance même de l'encéphaloïde, qui acquiert alors une consistance semblable à celle que l'on observe dans le ramollissement blanc du cerveau. Exposée à l'air, la matière encéphaloïde devient d'un gris verdâtre à sa surface; elle prend de la fétidité, et tombe en putrilage.

MÉLANOSE.

471. *Caractères anatomiques.* La mélanose peut exister sous forme de masses isolées, enveloppées dans un kyste, infiltrées dans les tissus, ou sous celle de plaques existant à la surface des membranes. Les masses de mélanose varient depuis le plus petit volume jusqu'à celui

d'une noix; quelquefois elles sont régulières, mamelonnées ou lobulées; du tissu cellulaire réunit entre elles ces différentes masses, dans lesquelles ne pénètrent jamais de vaisseaux. La mélanose a peu de tendance à s'étendre et à se multiplier.

Dans l'état de crudité, la mélanose se présente sous l'aspect d'une matière noire ou brune, opaque, sans odeur, sans saveur, homogène, un peu humide et d'une consistance analogue aux glandes lymphatiques.

Dans l'état de ramollissement, ce tissu accidentel laisse suinter par la pression un liquide d'abord roussâtre et ténu, mêlé de petits grumeaux noirâtres. Lorsque ce ramollissement est complet, la matière morbifique se convertit en une sorte de bouillie noire et assez épaisse, qui peut alors s'épancher ou s'infiltrer de manière à colorer les humeurs et les tissus environnans.

Examinée chimiquement, la mélanose paraît composée, 1°. de fibrine colorée; 2°. d'une matière colorante noirâtre, soluble dans l'acide sulfurique affaibli, ainsi

que dans la solution de sous-carbonate de soude, et susceptible de rougir les liquides; 3°. d'une petite quantité d'albumine, de chlorure de sodium, de sous-carbonate de soude, de phosphate de chaux, et d'oxide de fer.

CYRRHOSE.

472. *Caractères anatomiques.* Dans son état de crudité, ce tissu est d'une couleur fauve plus ou moins foncée, tirant quelquefois sur le verdâtre, et ayant beaucoup de ressemblance avec les capsules surrénales de l'adulte. Ce tissu, quoique fort consistant, a une sorte de flaccidité qui se rapproche de celle de certains fongus : il est mat, compact et humide; on n'y distingue aucune trace de fibres, quoiqu'il présente dans certains cas des divisions en forme de squames.

Lorsque ce tissu se ramollit, il prend une couleur d'un brun verdâtre, et l'aspect d'un putrilage un peu gluant et sans odeur.

M. Laënnec, qui a décrit le premier ce tissu

accidentel, en admet trois espèces : 1°. cyrrhoses en masses ; 2°. en plaques ; 3°. en kystes.

Lorsqu'il existe des cyrrhoses dans le foie, et c'est l'organe qui les présente le plus généralement, elles forment ordinairement de petites masses dont le volume ne surpasse jamais celui d'un noyau de cerise, et quelquefois égale à peine celui d'un gros grain de millet. Ces masses sont toujours extrêmement nombreuses, et tout le tissu du foie en est parsemé : lorsqu'on incise une portion de ce viscère, dans lequel il en existe un grand nombre, leur petitesse fait que son tissu paraît, au premier coup d'œil, homogène et d'une couleur jaune-fauve assez semblable à celle qu'on nomme communément cuir-de-botte ; mais si l'on examine plus attentivement le tissu du foie, on s'aperçoit facilement qu'il est rempli d'une innombrable quantité de corpuscules assez analogues, pour l'aspect, à ces lobules de graisse durcis et roussâtres que l'on trouve communément dans le tissu

cellulaire sous-cutané de la cuisse et de la jambe des sujets affectés d'anasarque. Ces petites masses sont quelquefois unies très-intimement au tissu du foie; mais assez souvent elles sont séparées par une couche mince de tissu cellulaire qui leur forme une enveloppe ténue, et alors ils se détachent assez facilement. La surface du foie, dans ces différens cas, se flétrit, devient rugueuse et se racornit.

On a encore trouvé les cyrrhoses dans les reins, la prostate, l'épididyme, l'ovaire, et la glande thyroïde.

SCLÉROSE.

473. *Caractères anatomiques*. Tissu ressemblant à la cyrrhose, d'un blanc mat, trouvé à l'état d'infiltration, par M. Laënnec, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal d'un individu affecté de cancer. Ce tissu paraît avoir de la propension à s'étendre : on ne l'a point observé dans l'état de ramollissement.

SQUIRRHE SQUAMMEUX.

474. *Caractères anatomiques.* Tissu blanc mat, demi-transparent, feuilleté comme la chair de la morue, trouvé par M. Laënnec dans un kyste existant chez un individu affecté de cancer.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

DEUXIÈME PARTIE.

DIAGNOSTIC ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Maladies de l'encéphale et de ses dépendances.

MALADIES DE LA POITRINE.

Maladies des voies aériennes.

Maladies du cœur et de ses dépendances.

MALADIES DE L'ABDOMEN.

Maladies de l'appareil digestif et de ses dépendances.

Maladies des voies urinaires.

Maladies des organes de la génération.

MALADIES DES TISSUS.

Maladies des tissus cutané, cellulaire et muqueux.

Maladies des tissus musculaire, fibreux et synovial.

Maladies des tissus vasçulaire et nerveux.

MALADIES GÉNÉRALES.

FIÈVRES.

Fièvres éruptives.

Fièvres.

EMPOISONNEMENS.

Empoisonnemens par les sels métalliques corrosifs.

Empoisonnemens par les substances végétales.

Empoisonnemens par les produits animaux.

Empoisonnemens par les gaz.

Asphyxies.

TISSUS ACCIDENTELS QUI N'ONT POINT D'ANALOGUES DANS LE CORPS.

DE LA TABLE DES MATIÈRES.

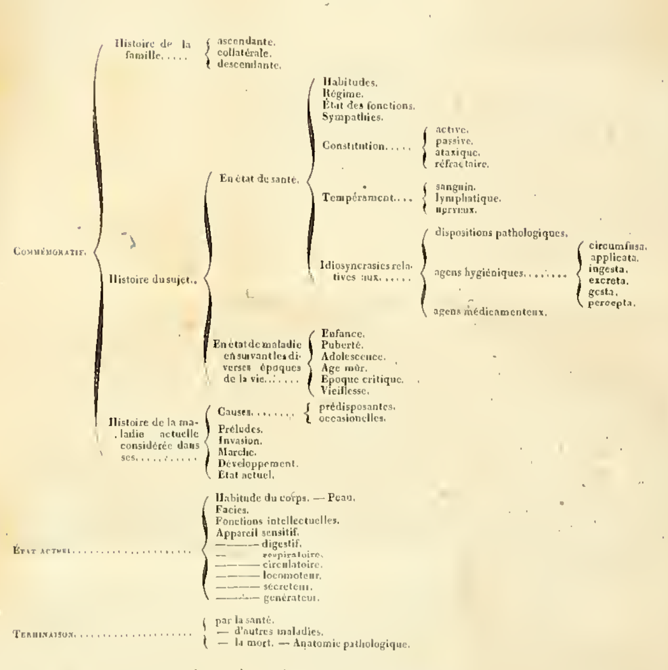
Imprimerie de Gueffier, rue Guénégaud, n°. 31.

DE.

T

ı et le tempérament du sujet ; ce qui,
jo nës.

METHODE D'EXAMEN D'UN MALADE.



En tete de cet examen on place le nom, le sexe, l'âge, la profession, la constitution et le tempérament du sujet; ce qui, joint à l'état actuel, suffit, dans la plupart des cas, pour la description des maladies aiguës.

